

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



A: Allgemeiner Teil (gültig für alle im Teil B genannten Tarife Care College / Care College USA)

§ 1 - Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Praktikanten, Teilnehmer an Working-Holiday-Programmen sowie Personen, die sich nachweislich zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen an staatlichen oder privaten, zu diesem Zweck zugelassenen Einrichtungen, vorübergehend im Ausland aufhalten, sofern sie zu einem der folgenden Personenkreise zählen:
 - a. Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und unmittelbar vor Reiseantritt ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder eines anderen Mitgliedstaates der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens;
 - b. Personen mit deutscher, österreichischer oder anderer Staatsbürgerschaft und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich während eines Aufenthaltes im Ausland;
 - c. Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit, die unmittelbar vor Reiseantritt für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren einen ständigen Wohnsitz im Ausland nachweisen können, während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder eines anderen Mitgliedstaates der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
 - a. vorbehaltlich der vorrangigen Regelung zur Kindernachversicherung (vgl. § 2 (11) dieser Bedingungen) bei Versicherungsbeginn das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (12. Geburtstag);
 - b. bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beginn einer Anschlussversicherung (Verlängerung des Versicherungsschutzes durch Abschluss eines unmittelbar anschließenden neuen Versicherungsvertrages) das 36. Lebensjahr vollendet haben (36. Geburtstag);
 - c. im Aufenthaltsland der gesetzlichen Kranken- und / oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen;
 - d. Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihrer Reise eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben;
 - e. illegal eingereist sind;
 - f. dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens über-wiegend fremder Hilfe bedarf;
 - g. zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der HanseMerkur AG bzw. der Care Concept AG während der Dauer ihres befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland einen oder mehrere aufeinander folgende Reise-, Kranken- Versicherungsverträge abgeschlossen hatten, deren Gesamtversicherungsdauer einen Zeitraum von fünf Jahren überschritten hat. Dies gilt auch dann, wenn mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherungsgesellschaften bestanden haben;

- h. sich vorbehaltlich der vorrangigen Regelung zur Kindernachversicherung (vgl. § 2 Ziffer 11. dieser Bedingungen) ohne die Versicherungsfähigkeit begründenden Hauptgrund im Reiseland aufhalten.
4. Der Hauptgrund für den Aufenthalt im Reiseland während des versicherten Zeitraumes muss die Aus- oder Weiterbildung oder die Durchführung eines Working-Holiday-Programmes sein. Eine Änderung des Hauptgrundes des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. im Ausland (z. B. Beendigung des Studiums, der Schulbesuche), die Annahme der Staatsbürgerschaft des Reiselandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung bzw. die Versagung der Aufenthaltserlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. im Ausland, sowie die ständige Wohnsitznahme in Deutschland oder Österreich bzw. im Ausland, sind der HanseMerkur umgehend in Textform anzuzeigen.

§ 2 - Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages, Kindernachversicherung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb eines Jahres nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder in einen anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens zu stellen. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages bei der HanseMerkur AG. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder in einen anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland, ist auf Verlangen nachzuweisen.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von der HanseMerkur AG hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei der HanseMerkur AG eingeht und die HanseMerkur AG den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
3. Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziffer 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender - unter Abzug der Kosten der HanseMerkur AG - zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
5. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 4 Jahre.
6. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann für den weiteren, ursprünglich nicht versicherten Auslandsaufenthalt, ein eigenständiger Anschlussvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
 - a. Der Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) muss auf dem von der HanseMerkur AG hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur AG eingereicht werden.
 - b. Die HanseMerkur AG muss dem Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie be-

- zahlt, steht diese dem Absender zu.
- c. Bei Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland ist eine Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) nur möglich, sofern unter Berücksichtigung aller vorbestehenden Krankenversicherungsverträge mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland eine Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren nicht überschritten wird. Die HanseMerkur AG ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes bestanden haben, zu informieren.
7. Bei Verlängerungen des Versicherungsschutzes durch eine Anschlussversicherung
 - a. besteht eingeschränkter Versicherungsschutz für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die vor dem Beginn der Verlängerung eingetreten sind, gemäß § 9.
 - b. gelten § 6 Ziffer 2, § 7 I. Ziffer 2, § 8 Ziffer 1. a. und k. entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II. Ziffer 3 zu beachten.
8. Ein Wechsel zwischen den Tarifen Care College Basic, Care College Comfort und Care College Premium ist während der Vertragszeit nicht möglich. Sofern ein Tarifwechsel nachweislich aufgrund einer behördlichen Auflage für die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung erforderlich wird, kann der Versicherungsschutz in einem neuen Vertrag eines anderen Tarifes fortgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die verbleibende Vertragslaufzeit aus dem bisherigen Vertrag nicht überschritten wird. Rechte und Pflichten aus dem Vorvertrag gehen dann auf den Anschlussvertrag über. Für die Mehrleistungen aus dem neu gewählten Tarif gelten die vertraglichen Regelungen wie bei einem Neuausschluss. Sofern gleichzeitig eine Verlängerung des Versicherungsschutzes durch eine Anschlussversicherung beantragt wird, gilt Ziffer 7 entsprechend. Die Umstellung kann nicht rückwirkend erfolgen.
9. Der Versicherungsvertrag endet
 - a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - b. mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
 - c. mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im Ausland;
 - d. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen; da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt im Ausland entschieden hat oder da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
 - e. wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt;
 - f. bei versicherten Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland nach einer Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren für alle nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Reise-Krankenversicherungsverträge, auch soweit mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherern bestanden haben.
10. Bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



hat jede versicherte Person das Recht auf Weiterversicherung im Basis- bzw. Standardtarif bei der

HanseMerkurKrankenversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

11. Kindernachversicherung

Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten mit dem Tag der Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei der HanseMerkur AG, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist.

- a. Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass
 - aa. der Vertrag des versicherten Elternteils am Tag der Geburt mindestens drei Monate ununterbrochen bestanden hat;
 - bb. der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und umfassender ist, als der des versicherten Elternteils.
 - cc. kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
- b. Die Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine erhöhte Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zu 100% auf die Tarifprämie möglich.
- c. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als zwei Monate nach der Geburt oder wird ein Versicherungsschutz beantragt, der höher oder umfassender ist, unterliegt die Versicherung des Kindes einer gesonderten Risikoprüfung durch die HanseMerkur AG, vertreten durch die Care Concept AG. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz erst mit der Annahme des Versicherungsvertrages in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragraphen unter Ziffer 1. bis 10. entsprechend.

§ 3 - Kündigung

1. Ordentliche Kündigung

Das Versicherungsverhältnis kann – soweit es für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen wurde – durch den Versicherungsnehmer zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Wenn Sie die Kündigung für einzelne versicherte Personen erklären, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Die Kündigungserklärung bedarf der Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.). Sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und der Versicherungsnehmer diese entsprechend nachweist. Die betroffene versicherte Person hat das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

Der Versicherer verzichtet auf sein Recht zur ordentlichen Kündigung.

2. Außerordentliche Kündigung

Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer unberührt.

§ 4 - Prämie

1. Zahlung der Erst- oder Einmalprämie

- a. Die Erst- oder Einmalprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
- b. Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist die HanseMerkur AG, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- c. Ist die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist die HanseMerkur AG nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

2. Zahlung von Folgeprämien:

- a. Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet die HanseMerkur AG dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Wochen.
- b. Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist die HanseMerkur AG nicht zur Leistung verpflichtet.
- c. Die HanseMerkur AG verbindet die Zahlungsfrist von zwei Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
- d. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe b. bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Buchstabe b. bleibt hiervon unberührt.

3. Einzelheiten zur Prämienzahlung

- a. Die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Überweisung, per Kreditkartenzahlung oder per PayPal erfolgen.
- b. Wird die Prämie vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bank- oder Kreditkartenkonto abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder Versicherungsnehmer, noch – im Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist – der Versicherungsnehmer und / oder Kontoinhaber dem Zahlungsbefehl widerspricht bzw. widersprechen. Konnte die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) erfolgt.

§ 5 - Recht zur Prämienanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. wegen stei-

gender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 v. H., so können die Prämien vom Versicherer überprüft und soweit erforderlich angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden (sowie tariflich vorgesehene Leistungshöchstbeträge und Tagesgelder erhöht werden).

2. Die Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
3. Erhöht der Versicherer die Prämien nach Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 6 - Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Geltungsbereich

- a. Die HanseMerkur AG bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.
- b. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt, mit Ausnahme der Staaten der Nordamerikanischen Freihandelszone NAFTA (USA, Kanada, Mexiko) sowie der Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt und/oder in dem sie einen ständigen Wohnsitz hat:
 - für Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland: die Bundesrepublik Deutschland oder ein anderer Mitgliedstaat der EU, des EWR oder des Schengen-Abkommens;
 - für Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich sowie für Staatsangehörige der EG-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich: alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich;
 - für Personen mit anderer Staatsangehörigkeit, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben: alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich.
- c. Der Versicherungsschutz hat auch dann Gültigkeit, wenn sich der Aufenthalt im Ausland auf mehr als ein Gastland bezieht und der Wechsel zwischen den Gastländern im Zusammenhang mit der Aus- und Weiterbildung steht.
- d. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
- e. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen geson-

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



derten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen (allgemeiner und besonderer Teil) sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

f. Abweichend von b. und d. besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern Versicherungsschutz:

- Bei unterjährigen Versicherungsverträgen mit einer Dauer von bis zu 4 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 14 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte während der Vertragslaufzeit.

- Bei unterjährigen Versicherungsverträgen mit einer Dauer von mehr als 4 und weniger als 12 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 28 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte während der Vertragslaufzeit.

- Für mehrere aufeinander folgende Verträge mit unterjähriger Laufzeit ist die Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland sowie in Drittländern begrenzt auf 42 Tage für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres.

- Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 42 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres. Ab dem zweiten Versicherungsjahr besteht Versicherungsschutz für Ferienaufenthalte im Heimatland oder in Drittländern für jeweils 21 Tage je angefangenes halbes Versicherungsjahr, höchstens jedoch für 42 Tage für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinander folgender Verträge.

Der Tag der Einreise in das Heimatland und der Ausreise aus dem Heimatland wird jeweils als voller Tag des Heimatlandaufenthaltes gerechnet.

Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland oder ein Drittland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen der HanseMerkur AG oder der Care Concept AG nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziffer 4.

Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50% der tarifgemäß maximal erstattungsfähigen Kosten geleistet.

Heimatland im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt und/oder in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

2. Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch

- nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
- nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik

Deutschland oder Österreich bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;

- nicht vor Zahlung der Prämie;
- nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

3. Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

- zum vereinbarten Zeitpunkt;
- für versicherte Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsbürgerschaft spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes;
- für Versicherte mit der Staatsbürgerschaft eines Drittlandes spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Republik Österreich;
- mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
- wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich oder im Ausland nicht mehr vorliegen bzw. eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für das Reiseland erteilt wird;
- wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt. Die Voraussetzung entfällt insbesondere dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat, ohne einen Rückkehrwillen zu haben;
- spätestens nach Ablauf einer Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren für alle nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Reise-Krankenversicherungsverträge, auch soweit mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherern bestanden haben;
- nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland, spätestens jedoch nach dem 42. Tag für alle Ferienaufenthalte im Heimatland innerhalb eines Versicherungsjahres.

4. Nachhaftung

Die Regelung zur Nachhaftung ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

§ 7 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungen

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Allgemeines

- Die HanseMerkur AG leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für akut auf der Reise im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 7 II. aufgeführt.
- Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) bestanden hat;
 - die Entbindung;

c. der Tod.

3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

4. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Im vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Einrichtungen des Behandlers erstattet, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte - sofern vorhanden - oder die ortsübliche Gebühr berechnen.

5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 4 genannten Behandelern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nahrungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl..

6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung). Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist, oder wenn die HanseMerkur AG die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

7. Die HanseMerkur AG leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; die HanseMerkur AG kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

8. Die HanseMerkur AG leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, dass in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Wartezeiten

- Die allgemeine Wartezeit beträgt 31 Tage. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt,
 - wenn die versicherte Person eine Einreise im versicherten Aufenthaltsland innerhalb von 31 Tagen vor Antragstellung nachweist bzw. die Versicherung vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen wurde.

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



Maßgebend ist der Eingang des Antrages bei der HanseMerkur AG bzw. Care Concept AG;

- b. bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.
2. Eine seit Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder Österreich bzw. seit der Grenzüberschreitung ins Ausland lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehende Vorversicherung kann auf die allgemeine Wartezeit angerechnet werden. Die Leistungseinschränkungen gemäß § 8 gelten uneingeschränkt weiter.
3. Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen und Zahnersatz acht Monate. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn und bei Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen Anschlussvertrag ab Beginn der Verlängerung an.

III. Heilbehandlungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

IV. Rücktransport, Überführungs- / Bestattungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

§ 8 - Einschränkung der Leistungspflicht

1. Sofern nach dem gewählten Tarif oder den vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes bestimmt ist, wird nicht geleistet für:
 - a. Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - b. die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;
 - c. solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - d. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (für eine Anschlussheilbehandlung gilt § 7 I Ziffer 6, Satz 3);
 - e. Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - f. ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
 - g. Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h. Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder einer Gastfamilie zusammen lebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - i. eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - j. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - k. bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beantragung einer Vertragsverlängerung bestehende Schwangerschaften und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der

Vertragsverlängerung die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte;

- l. Immunisierungsmaßnahmen;
 - m. Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden;
 - n. Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - o. Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen. Abweichend hiervon werden diese Kosten im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung festgestellt wurde;
 - p. Vorsorgeuntersuchungen;
 - q. Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
 - r. Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen;
 - s. Organspenden und Folgen.
2. Die HanseMerkur AG ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
 - a. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die HanseMerkur AG arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
 3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann die HanseMerkur AG ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
 4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann die HanseMerkur AG die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 9 - Vorerkrankungen

Soweit in diesen Bedingungen oder z.B. in den tariflichen Bestimmungen keine abweichenden Regelungen getroffen werden, gilt:

1. Mitversichert sind,
 - Erkrankungen,
 - Folgen von Unfällen,
 - Gebrechenjeweils einschließlich daraus resultierender Beschwerden – auch soweit diese vor Beantragung des Versicherungsschutzes bekannt waren. Keine Leistungspflicht besteht jedoch, wenn der Eintritt des Versicherungsfalles bei der Beantragung des Versicherungsvertrages bzw. bei der Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen eigenständigen Anschlussvertrag feststand.
2. Soweit eine gemäß § 9 Absatz 1. eingeschlossene Vorerkrankung, Folgen von Unfällen und / oder Gebrechen zu einem Versicherungsfall führt, so gilt: Von den erstattungsfähigen Kosten der Heilbehandlung für die bei Beantragung des Versicherungsschutzes bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes bestehenden Vorerkrankungen, Folgen von Unfällen und / oder Gebrechen, sowie den sich daraus ergebenden Beschwerden und Folgen trägt der

Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung in Höhe von 5.000,- EUR je versicherte Person und angefangenem Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer verringert sich diese Selbstbeteiligung nicht. Die Leistungen der HanseMerkur AG hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit.

3. Die Bestimmungen der
 - § 2 Ziffer 6 Abschluss eigenständiger Verlängerungsvertrag
 - § 6 Ziffer 2 Beginn des Versicherungsschutzes
 - § 6 Ziffer 3 Ende des Versicherungsschutzes
 - § 7 I Ziffer 2 Definition Versicherungsfall
 - § 7 II Wartezeiten
 - § 8 Einschränkungen der Leistungspflichtbleiben unberührt.

§ 10 - Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - a. den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
 - b. den Schaden der HanseMerkur AG unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
 - c. der HanseMerkur AG jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
 - d. im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zur HanseMerkur AG aufzunehmen.
2. Auf Verlangen der HanseMerkur AG ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der HanseMerkur AG beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die Originalrechnungen sind einzureichen bei der
Care Concept AG
Postfach 30 02 62
53182 Bonn
4. Die HanseMerkur AG ist zur Leistung nur verpflichtet (vgl. § 10 Ziffer 6), wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum der HanseMerkur AG – erbracht sind:
 - a. Originalbelege in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen wiedergeben. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweise die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
 - b. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
 - c. eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
 - d. auf Verlangen der HanseMerkur AG einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



- tes in der Bundesrepublik Deutschland und Österreich;
- e. auf Verlangen der HanseMerkur AG einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland oder einem Drittland;
 - f. auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziffer 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im Aufenthaltsland;
 - g. auf Verlangen der HanseMerkur AG einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reise-land abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland.
5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass die HanseMerkur AG im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung nicht erteilt, und die HanseMerkur AG hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der HanseMerkur AG schuldhaft nicht entbunden werden.
6. Folgen von Obliegenheitsverletzungen
Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur AG nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur AG berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 11 - Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch die HanseMerkur AG infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der HanseMerkur AG eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass die HanseMerkur AG Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss

des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei der HanseMerkur AG angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung der HanseMerkur AG in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) gehemmt.

§ 12 - Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMerkur AG gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Die HanseMerkur AG wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf die HanseMerkur AG im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur AG abzugeben. Die Leistungspflicht der HanseMerkur AG ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf die HanseMerkur AG im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur AG abzugeben.

§ 13 - Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der HanseMerkur AG nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist.

§ 14 - Willenserklärungen und Anzeigen

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der HanseMerkur AG bedürfen der Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.).
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

§ 15 - Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit zulässig. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 16 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

Anschriften:

Care Concept AG

Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn

HanseMerkur
Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



B. Besonderer Teil: Leistungsbeschreibung der jeweiligen Tarife zu den VB-KV 2014/III College (CC14/III)

B I. Tarif Care College Basic

I. Heilbehandlungskosten

1. Die HanseMerkur AG erstattet – abzüglich 50,- EUR Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen. In Anlehnung an § 7 I. Ziffer 2 des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen wird die Selbstbeteiligung für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft fällig. Für Entbindungen beträgt die Selbstbeteiligung 250,- EUR je Versicherungsfall.
2. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 1,8-fachen Satz der GOÄ.
3. Alle Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a. ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages (technischer Beginn) bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) noch nicht bestanden hat;
 - b. ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages (technischer Beginn) bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
 - c. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - d. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
 - f. ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, bis zu 250,- EUR je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschl. aller Vertragsverlängerungen;
 - g. Röntgendiagnostik;
 - h. unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
 - i. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - j. unaufschiebbare Operationen;
 - k. Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit. Für die Entbindung beträgt die Selbstbeteiligung 250,- EUR je Versicherungsfall;
 - l. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.

II. Zahnbehandlungskosten

Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten einer schmerzstillenden konservierenden Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung) bis zum 1,8-fachen Satz der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Je Versicherungsfall trägt die versicherte Person einen Eigenanteil von 50,- EUR. Bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 250,- EUR je Versicherungsfall werden die Kosten zu 100%, darüber hinaus zu 50% erstattet. Sofern für eine Schmerzbesetzung mehr als zwei Zähne versorgt oder eine Zahnfleischentzündung behandelt werden müssen, ist vor Behandlungsbeginn die Vorlage eines Kostenvorschlages (Heil- und Kostenplan) mit Begründung des Zahnarztes erforderlich. Der Versicherer verpflichtet sich, unverzüglich die vertraglichen Leistungen zu prüfen und dem Versicherungsnehmer den vertraglichen Anspruch mitzuteilen. Wird dieser Kostenvorschlag vor der Behandlung nicht vorgelegt, werden die erstattungsfähigen Kosten nur bis 250,- EUR je Versicherungsfall erstattet.

III. Rücktransport-, Überführungs- / Bestattungskosten

Die HanseMerkur AG erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

1. die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten, medizinisch sinnvollen Rücktransports in das Heimatland, höchstens bis zu 10.000,- EUR;
2. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000,- EUR;
3. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000,- EUR.

IV. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus eine Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit maximal für die Dauer von vier Wochen weiter.

B II. Tarif Care College Comfort

Zusätzlich zu den Leistungen des Tarifs Care College Basic sieht der Tarif Care College Comfort folgende Zusatzleistungen vor:

I. Selbstbeteiligung

Eine Selbstbeteiligung für die versicherte Person von 25,- EUR je Versicherungsfall fällt nur noch für frauenärztliche Untersuchungen und Behandlungen sowie in Höhe von 250,- EUR für Entbindungen an.

II. Begrenzung nach der Gebührenordnung

Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 2,3-fachen Satz der GOÄ.

III. Zahnbehandlungskosten

Die HanseMerkur AG erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten einer schmerzstillenden konservierenden Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung) bis zum 2,3-fachen Satz der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500,- EUR je Versicherungsfall werden die Kosten zu 100%, darüber hinaus zu 50% erstattet. Sofern für eine Schmerzbesetzung mehr als zwei Zähne versorgt oder eine Zahnfleischentzündung behandelt werden müssen, ist vor Behandlungsbeginn die Vorlage eines Kostenvorschlages (Heil- und Kostenplan) mit Begründung des Zahnarztes erforderlich. Der Versicherer verpflichtet sich, unverzüglich die vertraglichen Leistungen zu prüfen und dem Versicherungsnehmer den vertraglichen Anspruch mitzuteilen. Wird dieser Kostenvorschlag vor der Behandlung nicht vorgelegt, werden die erstattungsfähigen Kosten nur bis 500,- EUR je Versicherungsfall erstattet.

IV. Zahnersatz

Die HanseMerkur AG erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) nach einer Wartezeit von 8 Monaten in einfacher Ausführung zu 50% bis maximal 500,- EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

V. Rücktransport

Die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten, medizinisch sinnvollen Rücktransports in das Heimatland sind unbegrenzt mitversichert.

VI. Prämienrückerstattung

Der Versicherungsnehmer hat auf Antrag je Versicherungsjahr einen Anspruch auf Rückerstattung einer aktuellen Monatsprämie, sofern:

- die Vertragslaufzeit mindestens 12 Monate betragen hat,
- der Versicherungsschutz in den letzten 12 Monaten ununterbrochen bestanden hat,
- in diesem Zeitraum die versicherte Person leistungsfrei geblieben ist und
- die Prämien fristgerecht gezahlt wurden.

VII. Ausfallgeld

Der Versicherer leistet eine Entschädigung für nicht in Anspruch genommene Leistungen, die in Zusammenhang mit der durch die versicherte Person geplanten Bildungsmaßnahme stehen. Die Entschädigung wird als pauschalierte Krankentagegeldleistung erbracht.

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aufgrund eines versicherten Ereignisses

- eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung von mindestens 14 Kalendertagen und eine an die stationäre Behandlung anschließende Arbeitsunfähigkeit erleidet und
- die Zeiträume der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie der daran anschließenden, ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit zusammengefasst mindestens 90 Kalendertage betragen. Aufnahme- und Entlassungstag der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung gelten dabei jeweils als ein Tag. Die Leistung des Ausfallgeldes ist vor Eintritt aller vorstehenden Leistungsvoraussetzungen nicht fällig. Löst derselbe Vorfall (z. B. dieselbe Erkrankung oder dieselbe Unfallfolge) mehrfach eine Leistungspflicht aus, gilt dies auch dann als ein Ereignis, wenn die Leistungsvoraussetzungen in verschiedenen Versicherungsjahren erfüllt werden.

Die Leistung ist für alle einen Anspruch auslösenden Vorfälle pro begonnenes Versicherungsjahr beschränkt auf 1.500,- EUR.

B III. Tarif Care College Premium

Zusätzlich zu den Leistungen des Tarifs Care College Comfort sieht der Tarif Care College Premium folgende Zusatzleistungen vor:

I. Selbstbeteiligung

Eine Selbstbeteiligung von 250,- EUR für die versicherte Person fällt nur noch für Entbindungen an. Für alle übrigen Versicherungsfälle muss die versicherte Person keine Selbstbeteiligung übernehmen.

II. Hilfsmittel

Ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, werden in einfacher Ausführung erstattet. Sehhilfen sind nach einer Wartezeit von drei Monaten bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 100,- EUR erstattungsfähig. Ein erneuter Leistungsanspruch ergibt sich nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

III. Zahnbehandlungskosten

Die HanseMerkur AG erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten einer schmerzstillenden konservierenden Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung) in einfacher Ausführung zu 100%. Sofern für eine Schmerz-beseitigung mehr als zwei Zähne versorgt oder eine Zahnfleischentzündung behandelt werden müssen, ist die Vorlage eines Kostenvorschlages (Heil- und Kostenplan) mit Begründung des Zahnarztes vor Behandlungsbeginn erforderlich. Die HanseMerkur AG verpflichtet sich, unverzüglich die vertraglichen Leistungen zu prüfen und dem Versicherungsnehmer den vertraglichen Anspruch mitzuteilen. Wird dieser Kostenvorschlag vor der Behandlung nicht vorgelegt, werden die erstattungsfähigen Kosten bis 750,- EUR je Versicherungsfall zu 100% und die darüber hinaus gehenden Kosten nur zu 50% erstattet.

IV. Zahnersatz

Die HanseMerkur AG erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) nach einer Wartezeit von 8 Monaten in einfacher Ausführung zu 70% bis maximal 1.000,- EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Wird der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen, werden die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in einfacher Ausführung zu 100% bis maximal 2.500,- EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren erstattet. Als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen und Beißen. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

V. Überführungs-/Bestattungskosten

Die HanseMerkur AG erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

- a. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 15.000,- EUR;
- b. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 15.000,- EUR.

VI. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versiche-

rungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit maximal für die Dauer von 8 Wochen weiter.

VII. Schwangerschaft und Entbindung

Bei Vertragsabschluss bestehende Schwangerschaften und sich daraus ergebende Entbindungen sind mitversichert ohne Wartezeit mit einer Selbstbeteiligung von 5.000,- EUR für Schwangerschaftsuntersuchungen und -vorsorge sowie Entbindung im Krankenhaus oder Entbindung durch Hebamme bei einer maximalen Erstattung von 30.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit.

VIII. Ausfallgeld

Der Versicherer leistet eine Entschädigung für nicht in Anspruch genommene Leistungen, die in Zusammenhang mit der durch die versicherte Person geplanten Bildungsmaßnahme stehen. Die Entschädigung wird als pauschalierte Krankentagegeldleistung erbracht.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aufgrund eines versicherten Ereignisses

- eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung von mindestens 14 Kalendertagen und eine an die stationäre Behandlung anschließende Arbeitsunfähigkeit erleidet und
- die Zeiträume der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie der daran anschließenden, ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit zusammengefasst mindestens 90 Kalendertage betragen. Aufnahme- und Entlassungstag der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung gelten dabei jeweils als ein Tag.

Die Leistung des Ausfallgeldes ist vor Eintritt aller vorstehenden Leistungsvoraussetzungen nicht fällig.

Löst derselbe Vorfall (z. B. dieselbe Erkrankung oder dieselbe Unfallfolge) mehrfach eine Leistungspflicht aus, gilt dies auch dann als ein Ereignis, wenn die Leistungsvoraussetzungen in verschiedenen Versicherungsjahren erfüllt werden.

Die Leistung ist für alle einen Anspruch auslösenden Vorfälle pro begonnenes Versicherungsjahr beschränkt auf 2.500,- EUR.

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



B IV. Tarif Care College USA

In Abänderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Bestimmungen des Tarifs Care College Premium gelten für den Tarif Care College USA nachfolgende Erweiterungen, Leistungseinschränkungen sowie besondere vertragliche Obliegenheiten.

I. Geltungsbereich

In Abänderung der Bestimmung des § 6 Ziffer 1 b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch die USA, die US-amerikanischen Territorien sowie Kanada und Mexiko als Ausland im Sinne des Versicherungsvertrages.

II. Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungen

Soweit die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen an staatlichen oder privaten Bildungseinrichtungen in den USA oder den US-amerikanischen Territorien (Colleges, Universitäten etc.) nur unter der Voraussetzung möglich ist, dass Versicherungsschutz für eine Leistungsart besteht, die in § 7 oder § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder in den Bestimmungen des Teils B III explizit ausgeschlossen oder nicht genannt ist (z.B. psychologische Betreuung), gilt diese Leistungsart als mitversichert.

III. Obliegenheiten

1. In Ergänzung zu § 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person verpflichtet, nach Eintritt des Leistungsfalles einen geeigneten Nachweis vorzulegen, aus dem sich ergibt, dass die geltend gemachte Leistungsart Voraussetzung für die Teilnahme an der Weiterbildungsmaßnahme war. Als geeigneter Nachweis gilt ein offizielles Formular oder ein Bestätigungsschreiben der Bildungseinrichtung, in dem die einzelnen Leistungsarten genannt sind, welche für die Teilnahme an der Weiterbildungsmaßnahme nach den aktuell gültigen Mindestanforderungen mitversichert sein müssen (Waiver, Befreiungsformular etc.)
2. Nach Eintritt eines Versicherungsfalles ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person verpflichtet, sich noch vor Behandlungsbeginn an das Unternehmen MedCare International Inc. zu wenden und sich durch diesen an einen Vertragsarzt verweisen zu lassen.
3. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person sind auf Verlangen der HanseMerkur AG oder der Care Concept AG verpflichtet, einem Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland bzw. nach Österreich zuzustimmen, sofern ein solcher Rücktransport medizinisch sinnvoll und durchführbar ist. Die Kosten für den medizinischen Rücktransport trägt dabei der Versicherer.

Sollte der behandlungsbedürftige Versicherungsnehmer oder die behandlungsbedürftige versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sein, die Zustimmung zum medizinisch sinnvollen Rücktransport eigenverantwortlich zu erteilen, ist hierzu ihr nächster, nach den gesetzlichen Vorschriften zur Entscheidung befugter Angehöriger berufen.

IV. Erhöhter Selbstbehalt

1. Begibt sich der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person in ärztliche Behandlung ohne das vor Behandlungsbeginn eine Kontaktaufnahme mit dem Unternehmen MedCare International Inc. erfolgte

bzw. ohne der Verweisung an einen von dort benannten Vertrauensarzt Folge zu leisten, so gilt:

Unabhängig von den Folgen einer Obliegenheitsverletzung gemäß IV. dieser Bestimmungen wird ein Selbstbehalt in Höhe von 20 v.H. auf alle tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten, höchstens bis zu 25.000,- EUR fällig. Der Selbstbehalt entsteht dabei für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft. Ausgenommen hiervon sind akute Erkrankungen und Unfallfolgen, die eine sofortige, nicht aufschiebbare medizinische Behandlung erfordern

2. Stimmt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nach Eintritt eines Versicherungsfalles einem medizinisch sinnvollen und durchführbaren Rücktransport nicht zu, so gilt: Unabhängig von den Folgen einer Obliegenheitsverletzung gemäß IV. dieser Bestimmungen wird ein Selbstbehalt für alle tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten im Reiseland in Höhe von 20 v.H., höchstens bis zu 25.000,- EUR fällig. Der Selbstbehalt entsteht dabei für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

§8 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

1. Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.
2. Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:
 1. der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 und
 2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die ladungsfähige Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Absatzes 1 Satz 2 enthält.

Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.

3. Das Widerrufsrecht besteht nicht

1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
3. bei Versicherungsverträgen bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
4. bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinn des § 210 Absatz 2.
Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt ist, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.
4. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist abweichend von Absatz 2 Satz 1 nicht vor Erfüllung auch der in § 312 i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelten Pflichten.
5. Die nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zu erteilende Belehrung genügt den dort genannten Anforderungen, wenn das Muster der Anlage zu diesem Gesetz in Textform verwendet wird. Der Versicherer darf unter Beachtung von Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 in Format und Schriftgröße von dem Muster abweichen und Zusätze wie die Firma oder ein Kennzeichen des Versicherers anbringen.

§28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch I und V

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch I

§21 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

- Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können in Anspruch genommen werden:
 - Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten,
 - bei Krankheit Krankenbehandlung, insbesondere
 - ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
 - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - Krankenhausbehandlung,
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
 - Betriebshilfe für Landwirte,
 - Krankengeld,
 - bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld,
 - Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.
- Zuständig sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Ersatzkassen.

Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch V

§5 Versicherungspflicht

- Versicherungspflichtig sind
 - Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen.

§173 Allgemeine Wahlrechte

- Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.
- Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse an dem Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat.

einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

- Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§15 Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge

jeweils getrennt anzugeben.

- Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

- Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs.1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- Endet das Versicherungsverhältnis nach § 16, kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

§86 Übergang von Ersatzansprüchen

- Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



§175 Ausübung des Wahlrechts

1. Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.
2. Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsbeziehung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.
- 2a. Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig abgelehnt hat oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. Als rechtswidrig ist insbesondere eine Beratung durch die angegangene Krankenkasse anzusehen, die dazu führt, dass von der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 ganz abgesehen wird oder diese nur unter erschwerten Bedingungen abgegeben werden kann. Die Verpflichtung der Krankenkasse nach Satz 1 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung. Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.
3. Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.
- 3a. Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungs-

bescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.

4. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 5, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

4a. (weggefallen)

5. Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.
6. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.

§186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

7. Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule.

§190 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

9. Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.

§254 Beitragszahlung der Studenten

Versicherungspflichtige Studenten haben vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule die Beiträge für das Semester im voraus an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann andere Zahlungsweisen vorsehen. Weist ein als Student zu Versicherer die Erfüllung der ihm gegenüber der Krankenkasse auf Grund dieses Gesetz buchs auferlegten Verpflichtungen nicht nach, verweigert die Hochschule die Einschreibung oder die Annahme der Rückmeldung.

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2014/III College (CC14/III)



Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Abschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die - wie z.B. beim Arzt - einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadensfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) zentrale Hinweissysteme.

Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Unfallversicherung

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadensfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

5. Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentral nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sog. Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

6. Für den Fall der Betreuung durch Versicherungsvermittler

Falls Sie in Ihren Versicherungsangelegenheiten (sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners) durch einen Vermittler betreut werden, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge und Höhe von Versicherungsleistungen, um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

**Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen
von Sprachschülern und Studenten
bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG
VB-KV 2014/III College (CC14/III)**



**Informationsblatt gemäß § 11
Versicherungsvermittlerverordnung**

Name: Care Concept AG
Anschrift: Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn
Telefon: +49 228 97735-0
Telefax: +49 228 9773535
tätig als: Versicherungsvertreter
(Mehrfachagent)
gemäß § 34d, Absatz 1 GewO
Handelsregister-Nr.: HRB 8470
Ust-IdNr.: DE813961035
Vermittlerregister: Deutscher Industrie- und Handels
kammertag (DIHK) e.V.
Breite Straße 29
10178 Berlin
Telefon: 0 180 6005850
(Festnetzpreis 0,20 €/ Anruf;
Mobilfunkpreise max. 0,60 €/
Anruf)
www.vermittlerregister.info
IHK-Reg.-Nr.: D-KJUH-GSQ14-87
Beteiligung: HanseMerkur Reiseversicherung
AG, Hamburg
Vorstand: Jörg Schmidt, Dirk Günther
Aufsichtsrat: Hans Geisberger (Vors.)
Schlichtungsstellen: Ombudsmann Private Kranken-
und Pflegeversicherung |
Postfach 06 02 22 | 10052
Berlin

www.pkv-ombudsmann.de
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32 | 10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de