

# Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Au-Pairs bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2008 (CAP)

## A: Allgemeiner Teil gültig für alle im Teil B genannten Tarife Care Au-Pair

### § 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 Personen, die bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres (35. Geburtstag) eine Au-Pair-Stelle annehmen, sofern sie eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:
  - a) Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder in Österreich;
  - b) Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich sowie Staatsangehörige der EG-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich während eines Aufenthaltes im Ausland;
  - c) Personen mit anderer Staatsangehörigkeit während eines Aufenthaltes im Ausland, sofern sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben.
- (3) Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
  - a) bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beginn der Vertragsverlängerung älter als 35 Jahre sind;
  - b) im Aufenthaltsland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungsspflicht unterliegen;
  - c) Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihrer Reise eine körperliche oder sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben;
  - d) illegal eingereist sind;
  - e) dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- (4) Die Beendigung des Au-Pair-Vertrages, die Annahme der Staatsbürgerschaft des Reiselandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung bzw. die Versagung der Aufenthaltserlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich 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

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 bzw. Österreich zu stellen. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages bei der HanseMerkur. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder Österreich bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland, ist auf Verlangen nachzuweisen.
- (2) Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von der HanseMerkur hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei der HanseMerkur eingeht und die HanseMerkur 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 - zur Verfügung.
- (4) Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
- (5) Die Höchstversicherungsdauer beträgt 2 Jahre.
- (6) Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann ein eigenständiger Verlängerungsvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
  - a) Der Antrag auf Verlängerung muss auf dem von der HanseMerkur hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur eingereicht werden.
  - b) Die HanseMerkur muss dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender zu.
- (7) Bei Vertragsverlängerungen
  - a) besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
  - b) gelten die §§ 4 Ziffer 2, 5 I, 3 Ziffer 1) a) und k) entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 5 II Ziffer 3 zu beachten.
- (8) Versicherte Personen, die aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-Pair ausüben, können bei Wechsel der Gastfamilie, innerhalb des ursprünglich versicherten Zeitraumes, einen Wechselvertrag im Rahmen dieser Bedingungen abschließen, sofern:
  - a) der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Wechsel der Gastfamilie gestellt wird;
  - b) der ursprüngliche Zeitraum bei der HanseMerkur versichert war;
  - c) der Wechselvertrag in direktem Anschluss an den Vorvertrag beginnt,
  - d) der Wechselvertrag vor Ende des Vorvertrages beantragt wird,
  - e) der Wechselvertrag zum selben Zeitpunkt enden soll wie der Vorvertrag.

Rechte und Pflichten aus den Vorverträgen gehen dann in den Wechselvertrag über. Auf Höchstsätze abgestellte Versicherungsleistungen werden zusammengerechnet. In der Krankenversicherung werden Erkrankungen und Beschwerden, die während der Vorträge bei der HanseMerkur erstmals aufgetreten sind, im Wechselvertrag mitversichert.

- (9) Sind 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 haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
- (10) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
- (11) 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 in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich bzw. im Ausland;
  - d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich oder im Ausland nicht mehr vorliegen;
    - da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich oder 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.

- (12) Bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland, hat jede versicherte Person das Recht auf Weiterversicherung im Basis- bzw. Standardtarif bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG.

HanseMerkur Krankenversicherung AG  
Siegfried-Weddells-Platz 1  
20352 Hamburg

### § 3 - 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, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom 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 nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Zahlung der Folgeprämien:
  - a) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet die HanseMerkur dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Monaten.
  - 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 nicht zur Leistung verpflichtet.
  - c) Die HanseMerkur verbindet die Zahlungsfrist von zwei Monaten 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.

### § 4 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- (1) Geltungsbereich
  - a) Die HanseMerkur 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 Österreich;
    - für Personen mit deutscher 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) Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz.
  - d) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen (allgemeiner und besonderer Teil), sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
  - e) Abweichend von c) besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern Versicherungsschutz:
    - Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person.
    - Unabhängig von der Vertragslaufzeit besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Urlaubsreise mit der Gastfamilie in ein weiteres Land (Drittland).
    - Der Versicherungsschutz für Aufenthalte im Heimatland oder in Drittländern ist insgesamt begrenzt auf maximal sechs Wochen je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn.
    - Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland oder in Drittländer während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen der HanseMerkur im Leistungsfall nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 8 Ziffer 2 e).
  - f) 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

- a) nicht vor zustande kommen des Versicherungsvertrages;
- b) nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder Österreich bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;
- c) nicht vor Zahlung der Prämie;
- d) nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.

- (3) Für Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind oder bei Vertragsbeginn bestehen, wird nicht geleistet.

### (4) Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

- a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b) spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich bzw. im Ausland;
- c) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
- d) 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;
- e) wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt. Die Voraussetzung entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat;

### (5) Nachhaftung

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

### § 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

#### I. Allgemeine

- (1) Die HanseMerkur 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 § 5, II. aufgeführt.
- (2) Versicherungsfälle 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
  - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beantragung einer Vertragsverlängerung bestanden hat;
  - b) 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 Verrichtungen 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 örtliche Gebühr berechnen.
- (5) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 4. genannten Behandlungern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nahrung- und Stärkungsmittel, 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 Rekonvalenzentren aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Walleistungen (privatärztliche Behandlung). Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvalenzentren 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 die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
- (7) Die HanseMerkur leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgreich bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; die HanseMerkur kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (8) Die HanseMerkur 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

- (1) Die allgemeine Wartezeit beträgt 31 Tage. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt,
  - a) wenn die versicherte Person eine Einreise im versicherten Aufenthaltsland innerhalb von 31 Tagen vor Antragsstellung nachweist bzw. die Versicherung vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen wurde. Maßgebend ist der Eingang des Antrages bei der HanseMerkur 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 § 6 gelten uneingeschränkt weiter.
- (3) Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen 8 Monate. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn und bei Vertragsverlängerungen ab Beginn der Vertragsverlängerung an.

#### III. Heilbehandlungskosten

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

#### IV. Rücktransport, Überführungs- / Bestattungskosten

Die HanseMerkur erstattet - außer bei einem Aufenthalt im Heimatland -

- (1) Die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und ärztlich angeordneten Rücktransport in das Heimatland;
- (2) im Falle des Ablebens einer versicherten Person, die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000,- €;
- (3) die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000,- €;

#### § 6 - Einschränkung der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

#### (1) Keine Leistungspflicht besteht:

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinigen oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- b) für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;
- c) für Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle durch Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, aktive Teilnahme an inneren Unruhen und Kernenergie
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, ausgenommen die medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung;
- e) für Entziehungsmassnahmen einschl. Entziehungskuren;
- f) für 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) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder von Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- i) für eine durch Sichtung, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- j) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
- k) für 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) für Immunisierungsmaßnahmen;

- m) für Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden
  - n) für Behandlungen wegen Sterilität, einschl. künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und / oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
  - o) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen. Abweichend hiervon werden diese Kosten im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- € innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung festgestellt wurde;
  - p) für Vorsorgeuntersuchungen;
  - q) für Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbefehle und gnathologische Maßnahmen.
  - r) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
  - s) für Organspenden und Folgen.
- (2) Die HanseMerkur 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 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 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 die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

#### §7 - 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 unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
  - c) der HanseMerkur 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 aufzunehmen.
- (2) Auf Verlangen der HanseMerkur ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der HanseMerkur beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Folgen von Obliegenheitsverletzung
- Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur 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.

#### §8 - Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Die Originalrechnungen sind bei der **Care Concept AG, Postfach 33 01 51, 53203 Bonn** einzureichen.
- (2) Die HanseMerkur ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum der HanseMerkur - 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 nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis 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 einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und Österreich;
  - e) auf Verlangen der HanseMerkur 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 Reiseland;
  - g) auf Verlangen der HanseMerkur einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland.
- (3) 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 Anspruchs durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
- (4) Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass die HanseMerkur im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, und die HanseMerkur 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 schuldhaft nicht entbunden werden.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der HanseMerkur 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.
- (6) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass die HanseMerkur Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (8) 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 angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung der HanseMerkur in Textform gehemmt.

#### §9 - 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 gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Die HanseMerkur 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 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 abzugeben. Die Leistungspflicht der HanseMerkur ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

- (3) Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf die HanseMerkur 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 abzugeben.

#### §10 - Aufrechnung

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

#### §11 - Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der HanseMerkur bedürfen der Textform.
- (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.

#### §12 - Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

#### §13 - 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  
20352 Hamburg

## B. Besonderer Teil: Leistungsbeschreibung der jeweiligen Tarife zu den VB-KV 2008 (CAP)

### I. Tarif Care Au-Pair S

#### Heilbehandlungskosten

- (1) Die HanseMerkur erstattet – abzüglich 35,– € Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen. In Anlehnung an § 5 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, sowie für Entbindungen fällig.
- (2) Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 1,8 fachen Satz der GOÄ.
- (3) Von den erstattungsfähigen Kosten der Heilbehandlung
- a) für die bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beginn der Vertragsverlängerung bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen oder
- b) solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn bzw. Beginn der Vertragsverlängerung behandelt worden sind,
- trägt der Versicherungsnehmer einen Eigenanteil in Höhe von 5.000,– € 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 dieser Eigenanteil nicht.
- Die Leistungen der HanseMerkur hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,– € innerhalb der gesamten Vertragszeit. Die §§ 2 Ziffer 6, 4 Ziffer 3 und 6 Ziffer 1 a) und Ziffer 1 k) des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (4) Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
- a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages 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 Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages 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;
- 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.
- l) Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
- (5) Zahnbehandlungskosten
- Die Abrechnung von Behandlungen in Deutschland erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum 1,8 fachen Satz der GOZ.
- Die HanseMerkur erstattet unter Berücksichtigung von Ziffer I.1 die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für:
- a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in einfacher Ausführung zu 100 Prozent. Ab einem voraussichtlichem Rechnungsbetrag von 250,– € ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen; Nach Prüfung durch die HanseMerkur erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Höhe der Kostenübernahme. Wird ab einem voraussichtlichem Rechnungsbetrag von 250,– € vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, erstattet die HanseMerkur die Kosten bis zu 50 % der erstattungsfähigen Kosten.
- b) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50 Prozent des Rechnungsbetrages bis zu maximal 250,– € je Versicherungsjahr.
- (6) Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

### II. Tarif Care Au-Pair M

#### Heilbehandlungskosten

- (1) Die HanseMerkur erstattet die nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen.
- (2) Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bis zu den dort vorgesehenen Höchstsätzen;
- (3) Von den erstattungsfähigen Kosten der Heilbehandlung

- a) für die bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beginn der Vertragsverlängerung bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen oder
- b) solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn bzw. Beginn der Vertragsverlängerung behandelt worden sind,
- trägt der Versicherungsnehmer einen Eigenanteil in Höhe von 5.000,– € je versicherte Person und angefangenem Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer verringert sich dieser Eigenanteil nicht.
- Die Leistungen der HanseMerkur hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,– € innerhalb der gesamten Vertragszeit. Die §§ 2 Ziffer 6, 4 Ziffer 3 und 6 Ziffer 1 a) und Ziffer 1 k) des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (4) Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
- a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages 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 Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages 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;
- 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.
- l) Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
- (5) Zahnbehandlungskosten
- Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für:
- a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in einfacher Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 500,– € zu 100 Prozent pro Versicherungsjahr. Ab einem voraussichtlichem Rechnungsbetrag von 500,– € ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen; Nach Prüfung durch die HanseMerkur erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Höhe der Kostenübernahme. Wird ab einem voraussichtlichem Rechnungsbetrag von 500,– € vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, erstattet die HanseMerkur die Kosten bis zu 50 % der erstattungsfähigen Kosten.
- b) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50 Prozent des Rechnungsbetrages bis zu maximal 250,– € je Versicherungsjahr.
- c) Unfallbedingte Zahnersatzkosten bis 1.000,– € je Versicherungsjahr. Die HanseMerkur erstattet die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen worden ist, zu 100 Prozent bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 1.000,– € je Versicherungsjahr. Als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen sowie Beißen.
- (6) Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.
- (7) Ausfallgeld bei einer stationären Krankenhausbehandlung
- Die HanseMerkur zahlt ab dem 6. Tag einer vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person ein Krankenhaustagegeld von 10,– € pro Tag, für längstens 90 Tage je Versicherungsjahr, sofern der Krankenhausaufenthalt unter die Leistungspflicht der HanseMerkur fällt und der Versicherungsvertrag für den Zeitraum von mindestens 12 Monaten abgeschlossen wurde.
- (8) Besuch eines Familienangehörigen bei einer stationären Krankenhausbehandlung
- Die HanseMerkur erstattet einmalig während des gesamten Versicherungszeitraumes (einschließlich aller Verlängerungsverträge), ab dem 6. Tag einer vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person, die Kosten eines einmaligen Besuchs eines Familienangehörigen der versicherten Person, bis zu maximal 1.500,– €, sofern der Krankenhausaufenthalt unter die Leistungspflicht der HanseMerkur fällt und der Versicherungsvertrag für den Zeitraum von mindestens 12 Monaten abgeschlossen wurde. Als Besuchskosten gelten Hin- und Rückreisekosten sowie Unterbringungs- und Verpflegungskosten.

trägt der Versicherungsnehmer einen Eigenanteil in Höhe von 5.000,– € je versicherte Person und angefangenem Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer verringert sich dieser Eigenanteil nicht.

Die Leistungen der HanseMerkur hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,– € innerhalb der gesamten Vertragszeit. Die §§ 2 Ziffer 6, 4 Ziffer 3 und 6 Ziffer 1 a) und Ziffer 1 k) des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen bleiben von dieser Regelung unberührt.

- (4) Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages 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 Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages 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;
- 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;
- l) Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.

- (5) Zahnbehandlungskosten

- Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für:
- a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in einfacher Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,– € zu 100 Prozent pro Versicherungsjahr. Ab einem voraussichtlichem Rechnungsbetrag von 1.000,– € ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen; Nach Prüfung durch die HanseMerkur erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Höhe der Kostenübernahme. Wird ab einem voraussichtlichem Rechnungsbetrag von 1.000,– € vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, erstattet die HanseMerkur die Kosten bis zu 50 % der erstattungsfähigen Kosten.
- b) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50 Prozent des Rechnungsbetrages bis zu maximal 250,– € je Versicherungsjahr.
- c) Unfallbedingte Zahnersatzkosten bis 1.000,– € je Versicherungsjahr. Die HanseMerkur erstattet die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen worden ist, zu 100 Prozent bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 1.000,– € je Versicherungsjahr. Als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen sowie Beißen.

- (6) Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

- (7) Ausfallgeld bei einer stationären Krankenhausbehandlung

Die HanseMerkur zahlt ab dem 6. Tag einer vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person ein Krankenhaustagegeld von 20,– € pro Tag, für längstens 90 Tage je Versicherungsjahr, sofern der Krankenhausaufenthalt unter die Leistungspflicht der HanseMerkur fällt und der Versicherungsvertrag für den Zeitraum von mindestens 12 Monaten abgeschlossen wurde.

- (8) Besuch eines Familienangehörigen bei einer stationären Krankenhausbehandlung
- Die HanseMerkur erstattet einmalig während des gesamten Versicherungszeitraumes (einschließlich aller Verlängerungsverträge), ab dem 6. Tag einer vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person, die Kosten eines einmaligen Besuchs eines Familienangehörigen der versicherten Person, bis zu maximal 1.500,– €, sofern der Krankenhausaufenthalt unter die Leistungspflicht der HanseMerkur fällt und der Versicherungsvertrag für den Zeitraum von mindestens 12 Monaten abgeschlossen wurde. Als Besuchskosten gelten Hin- und Rückreisekosten sowie Unterbringungs- und Verpflegungskosten.