

Auslandsrankenversicherung für Expatriates

B. Besonderer Teil: Leistungsbeschreibung der jeweiligen Tarife zu den VB-KV 2011 (Cexp11)

Tarif Care Expatriate 2011 Basic – Tarifbedingungen (TB/Cexp11Ba)

I. Vertragsabschluss

Ergänzend zu § 1 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2011 (Cexp11) gilt:

1. Dieser Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, die sich voraussichtlich länger als sechs Monate im Ausland aufhalten;
2. Ein Wechsel zwischen den Tarifen Care Expatriate Basic, Care Expatriate Comfort und Care Expatriate 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 neuen Vertrag über. Für die Mehrleistungen aus dem neu gewählten Tarif gelten die vertraglichen Regelungen wie bei einem Neuabschluss. Die Umstellung kann nicht rückwirkend erfolgen.

II. Mindest- und Höchstversicherungsdauer, Weiterversicherungsrecht

1. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 6 Monate.
2. Die Höchstversicherungsdauer für Aufenthalte außerhalb der Bundesrepublik Deutschland beträgt 5 Jahre. Nach Ablauf von 5 Jahren kann ein eigenständiger Anschlussvertrag nach den Voraussetzungen des § 2 II des Allgemeinen Teils der VB-KV 2011 (Cexp11) abgeschlossen werden. Der Abschluss eines eigenständigen Anschlussvertrages ist nur mit Zustimmung der HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres (80. Geburtstag) der versicherten Person möglich. Die Zustimmung muss in Textform abgegeben sein. Es werden der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif sowie das dann gültige Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt.
3. Die Höchstversicherungsdauer für Reisen in die Bundesrepublik Deutschland beträgt inklusive aller Verlängerungen maximal 60 Monate.

III. Geltungsbereich/Heimatlandaufenthalte

Im Rahmen des Tarifes Care Expatriate Basic besteht während des Auslandsaufenthaltes Versicherungsschutz für vorübergehende Heimatlandaufenthalte gem. § 4 Ziffer 1e) des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2011 (Cexp11) für eine Dauer von 30 Tagen.

IV. Heilbehandlungskosten

1. Eigenanteil

- a) Von den erstattungsfähigen Kosten gemäß der folgenden Ziffern 2. bis 5. trägt der Versicherungsnehmer einen Eigenanteil in Höhe von 150,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer unterjährigen Versicherungsdauer verringert sich der Eigenanteil nicht.
- b) Für die nach Abschluss und vor Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. vor Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages bestehenden und bekannten Unfallfolgen sowie Krankheiten (*einschließlich Krankheitssymptomen*) und deren Folgen trägt der Versicherungsnehmer einen Eigenanteil in Höhe von 5.000,- EUR 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,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit. Die §§ 2 II Ziffer 2, 3 und 6 Ziffer 1 a) bis d) des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen bleiben von dieser Regelung unberührt.

2. Heilbehandlungskosten

Die HanseMerkur erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des versicherten Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Soweit der Umfang einer der nachstehenden Leistungen pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages, einschließlich aller Anschlussverträge. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche,
- b) Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten,
- c) Schwangerschaftsuntersuchungen, sofern die Schwangerschaft bei Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. bei Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages noch nicht bestanden hat,
- d) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel,
- e) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen sowie ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt 250,- EUR pro Versicherungsjahr;
- f) Ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und unmittelbar der Behandlung der Unfallfolgen dienen. Die Leistung ist auf 500,- EUR pro Versicherungsjahr begrenzt;
- g) Röntgendiagnostik, Kernspinn- und Computertomografie;
- h) ärztliche Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen. In diesem Rahmen sind psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen bis 100,- EUR je Sitzung, maximal 500,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr versichert;
- i) Akutbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind. Ausgeschlossen bleiben Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- j) stationäre Behandlung in der jeweiligen allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung); erstattungsfähig sind auch Kosten für einen Belegarzt,
- k) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus, bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
- l) Operationen;
- m) abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die Kosten für Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Vertragsbeginn bzw. nach Vertragsbeginn des Anschlussvertrages festgestellt wurde.

3. Zahnbehandlungskosten

Die HanseMerkur erstattet die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten für:

- a) Medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschl. Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie jährliche Kontrolluntersuchungen einschließlich Zahnreinigungen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, max. bis 600,- EUR je Versicherungsjahr.

- b) Unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz (inkl. Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, maximal 1.000,- EUR je Unfallereignis und angefangenem Versicherungsjahr. Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn) und kieferorthopädische Behandlungen. Der HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Die HanseMerkur verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, werden von den erstattungsfähigen Kosten nur bis 250,- EUR erstattet.
 - c) Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. des Anschlussvertrages.
4. Rücktransport / Überführungs- und Bestattungskosten
Die HanseMerkur erstattet - außer bei einem Aufenthalt im Heimatland - :
- a) die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet wird und medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
 - b) Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 10.000,- EUR oder
 - c) Bestattungskosten im Aufenthaltsland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000,- EUR
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 längstens bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, jedoch höchstens bis zur Dauer von einem Monat weiter.
- V. Assistance-Leistungen
Über eine weltweite Notruftelefonnummer erteilt die HanseMerkur Auskünfte über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung im In- und Ausland, wie z. B. die Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Fachkliniken mit entsprechenden Sprachkenntnissen.

Tarif Care Expatriate 2011 Comfort – Tarifbedingungen (TB/Cexp11Co)

I. Vertragsabschluss

Ergänzend zu § 1 Ziffer 2 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2010 (Cexp10) gilt:

1. Dieser Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, die sich voraussichtlich länger als sechs Monate im Ausland aufhalten;
2. Ein Wechsel zwischen den Tarifen Care Expatriate Basic, Care Expatriate Comfort und Care Expatriate 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 neuen Vertrag über. Für die Mehrleistungen aus dem neu gewählten Tarif gelten die vertraglichen Regelungen wie bei einem Neuabschluss. Die Umstellung kann nicht rückwirkend erfolgen.

II. Mindest-, Höchstversicherungsdauer, Anschlussvertrag, Weiterversicherungsrecht

1. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 6 Monate.
2. Die Höchstversicherungsdauer für Aufenthalte außerhalb der Bundesrepublik Deutschland beträgt 5 Jahre. Nach Ablauf von 5 Jahren kann ein eigenständiger Anschlussvertrag nach den Voraussetzungen des § 2 II des Allgemeinen Teils der VB-KV 2011 (Cexp11) abgeschlossen werden. Der Abschluss eines eigenständigen Anschlussvertrages ist nur mit Zustimmung der HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres (80. Geburtstag) der versicherten Person möglich. Die Zustimmung muss in Textform abgegeben sein. Es werden der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif sowie das dann gültige Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt.
3. Wird für Aufenthalte im weltweiten Ausland – mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland - der Erstvertrag für eine Dauer von fünf Jahren abgeschlossen, hat die versicherte Person einen Anspruch darauf, zum gleichen Tarif einen neuen, rechtlich selbständigen Anschlussvertrag für die Dauer von weiteren fünf Jahren abzuschließen. Voraussetzung ist, dass der auf fünf Jahre abgeschlossene Erstvertrag ohne Unterbrechung bestanden hat. Die HanseMerkur hat die Möglichkeit, nach einer Risikoprüfung für den Anschlussvertrag einen Risikozuschlag von bis zu 100 % auf die zugrunde zu legende Tarifprämie zu erheben. Die Bestimmungen gem. § 2 II Abs. 2 der VB-KV 2011 (Cexp11) kommen in diesem Fall nicht zur Anwendung.
4. Die Höchstversicherungsdauer für Reisen in die Bundesrepublik Deutschland beträgt inklusive aller Verlängerungen maximal 60 Monate.
5. Mit Ablauf des Produktes Care Expatriate erwirbt die versicherte Person das Recht, ohne Wartezeiten bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG eine Weiterversicherung nach dem Tarif "Mini" in folgenden Fällen abzuschließen:
 - bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland oder dem Wegfall der Versicherungsmöglichkeiten nach § 195 (3) VVG;
 - bei endgültiger Rückkehr einer versicherten Person mit Deutscher Staatsangehörigkeit aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland.

Die HanseMerkur Krankenversicherung AG hat die Möglichkeit, nach einer Risikoprüfung für eine Weiterversicherung im Tarif Mini einen Risikozuschlag von bis zu 100 % auf die zugrunde zu legende Tarifprämie zu erheben.

Voraussetzung für die Weiterversicherung im Tarif Mini ist, dass keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht und die Weiterversicherung innerhalb eines Monats nach Ablauf des Produktes Care Expatriate beantragt wird.

III. Geltungsbereich/Heimatlandaufenthalte

Im Rahmen des Tarifes Care Expatriate Comfort besteht während der Reise für vorübergehende Heimatlandaufenthalte gem. § 4 Ziffer 1e) des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2011 (Cexp11) Versicherungsschutz für eine Dauer von 45 Tagen.

IV. Heilbehandlungskosten

1. Eigenanteil

- a) Von den erstattungsfähigen Kosten gemäß der folgenden Ziffern 2 bis 5 trägt der Versicherungsnehmer den vertraglich vereinbarten Eigenanteil. Im Rahmen des Tarif Care Expatriate Comfort beträgt der Eigenanteil wahlweise 150,- EUR oder 500,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer unterjährigen Versicherungsdauer verringert sich der Eigenanteil nicht.
- b) Abweichend von den Bestimmungen der §§ 2 II Abs. 2 sowie des § 6 a) bis c) des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2011 (Cexp11) sind die vor Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. vor Beginn des Anschlussvertrages bestehenden und bekannten Unfallfolgen sowie Krankheiten (*einschließlich Krankheitssymptomen*) und deren Folgen mit einem Eigenanteil in Höhe von 5.000,- EUR je versicherte Person und angefangenem Versicherungsjahr versichert. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn. Bei einer unterjährigen Versicherungsdauer verringert sich dieser Eigenanteil nicht.

Die Leistungen der HanseMerkur hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit, einschließlich aller Anschlussverträge. Die Bestimmungen der §§ 3 und 6 d) – w) des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen VB-KV 2011 (Cexp11) bleiben von dieser Regelung unberührt.

Der Selbstbehalt von 5.000,- EUR entfällt für Unfallfolgen und Erkrankungen, die nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn auf der Reise im Ausland unerwartet und akut erstmals aufgetreten sind. In diesen Fällen gilt alleine der Eigenanteil nach dem abgeschlossenen Tarif.

2. Heilbehandlungskosten

Die HanseMerkur erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Soweit der Umfang einer der nachstehenden Leistungen pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages, einschließlich aller Anschlussverträge. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche,
- b) Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten,
- c) Schwangerschaftsuntersuchungen, sofern die Schwangerschaft bei Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. bei Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages noch nicht bestanden hat, ,
- d) Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis max. 250,- EUR je Versicherungsjahr, insbesondere
 - zur Früherkennung von Krebserkrankungen
 - zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit
 - zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes
- e) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel,

- f) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen sowie ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt 500,- EUR pro Versicherungsjahr,
- g) ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung bis zu 500,- EUR je Versicherungsjahr; außerdem ärztlich verordnete Hör- und Sprechhilfen sowie Rollstühle bis zu 1.000,- EUR je Versicherungsjahr.
- h) Fahrtkosten vom Unfallort ins nächst erreichbare geeignete Krankenhaus sowie bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit zum nächst erreichbaren Arzt und zurück. Die Leistung ist auf 500,- EUR pro Versicherungsjahr begrenzt.
- i) ärztlich verordnete Sehhilfen sind bis zu 100,- EUR je Versicherungsjahr erstattungsfähig. Nach dem ersten Versicherungsjahr entsteht ein erneuter Anspruch dann, wenn sich die Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat,
- j) Röntgendiagnostik, Kernspinn- und Computertomografie;
- k) ärztliche Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen. In diesem Rahmen sind psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen bis 100,- EUR je Sitzung, maximal bis 1.000,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr versichert;
- l) Akutbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholenuss bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind. Ausgeschlossen bleiben Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- m) stationäre Behandlung in der jeweiligen allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung); erstattungsfähig sind auch Kosten für einen Belegarzt,
- n) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus, bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
- o) Operationen;
- p) Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die Kosten für Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Vertragsbeginn bzw. nach Vertragsbeginn des Anschlussvertrages festgestellt wurde.
3. Zahnbehandlungskosten
Die HanseMerkur erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten für:
- a) Medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschl. Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie jährliche Kontrolluntersuchungen einschließlich Zahnreinigungen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages,
- b) Medizinisch notwendiger Zahnersatz (inkl. Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz) zu 60 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn) und kieferorthopädische Behandlungen. Der HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Die HanseMerkur verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Die Erstattung ist begrenzt auf maximal
- 500,- EUR für Behandlungen im ersten Versicherungsjahr,
 - 1.000,- EUR für Behandlungen im zweiten Versicherungsjahr,
 - 1.500,- EUR für Behandlungen im dritten Versicherungsjahr,
 - 2.500,- EUR für Behandlungen in jedem folgenden Versicherungsjahr.
- Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, wird bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit nur für 50 % von den maximal erstattungsfähigen Behandlungskosten geleistet.
- c) Unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz (inkl. Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, maximal 2.000,- EUR je Unfallereignis und angefangenem Versicherungsjahr. Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn) und kieferorthopädische Behandlungen. Der HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Die HanseMerkur verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, wird bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit nur für 50 % von den maximal erstattungsfähigen Behandlungskosten geleistet.
- d) Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. des Anschlussvertrages.
4. Krankenhaustagegeld
Im Falle einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person wegen
- unerwarteter und akut während des Auslandsaufenthaltes aufgetretener Krankheit (einschließlich Krankheitssymptomen),
 - Unfall,
 - Komplikationen in der natürlichen Schwangerschaft,
 - Entbindung,
- erbringt die HanseMerkur nach Ablauf der Wartezeit für jeden Tag des vollstationären Aufenthaltes ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20,- EUR. Der Tag der Einlieferung und der Tag der Entlassung werden jeweils als ein voller Tag gerechnet. Das Krankenhaustagegeld wird für max. 20 Tage je angefangenem Versicherungsjahr erbracht. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn des Erstvertrages einschließlich aller Anschlussverträge. Im Falle einer unterjährigen Vertragsdauer reduziert sich die maximale Dauer, in der das Krankenhaustagegeld erbracht wird
- auf 15 Tage bei einer Laufzeit von mehr als 6 und weniger als 12 Monaten und
 - auf 10 Tage bei einer Dauer von 6 Monaten.
5. Rücktransport / Überführungs- und Bestattungskosten
Die HanseMerkur erstattet - außer bei einem Aufenthalt im Heimatland - :
- a) die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet wird und medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
- b) Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 10.000,- EUR oder
- c) Bestattungskosten im Aufenthaltsland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären höchstens bis zu 10.000,- EUR
6. 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 längstens bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, jedoch höchstens bis zur Dauer von drei Monaten weiter.

V. Assistance-Leistungen

Über eine weltweite Notruftelefonnummer erteilt die HanseMerkur Auskünfte über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung im In- und Ausland, wie z. B. die Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Fachkliniken mit entsprechenden Sprachkenntnissen.

VI. Aufhebung bestimmter Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Der Eigenanteil gemäß IV Abs. 1 b) der Tarifbestimmungen für den Tarif Care Expatriate Comfort (TB/Cexp11Co) kann auf Antrag durch Gesundheitsprüfung entfallen. Hierzu ist ein von der HanseMerkur vorgesehener Fragenkatalog vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten und der HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, innerhalb von 31 Tagen nach Antragstellung zur Prüfung vorzulegen. In diesem Rahmen können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Der Wegfall des Eigenanteils wirkt erst mit Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein, mit dem die HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, den Wegfall schriftlich bestätigt. Bis dahin gelten die Einschränkungen vollumfänglich weiter.

Tarif Care Expatriate 2011 Premium – Tarifbedingungen (TB/Cexp11Pr)

I. Vertragsabschluss

Ergänzend zu § 1 Ziffer 2 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2011 (Cexp11) gilt:

1. Dieser Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, die sich voraussichtlich länger als sechs Monate im Ausland aufhalten;
2. Ein Wechsel zwischen den Tarifen Care Expatriate Basic, Care Expatriate Comfort und Care Expatriate 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 neuen Vertrag über. Für die Mehrleistungen aus dem neu gewählten Tarif gelten die vertraglichen Regelungen wie bei einem Neuabschluss. Die Umstellung kann nicht rückwirkend erfolgen.

II. Mindest-, Höchstversicherungsdauer, Anschlussvertrag, Weiterversicherungsrecht

1. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 6 Monate.
2. Die Höchstversicherungsdauer für Aufenthalte außerhalb der Bundesrepublik Deutschland beträgt 5 Jahre. Nach Ablauf von 5 Jahren kann ein eigenständiger Anschlussvertrag nach den Voraussetzungen des § 2 II des Allgemeinen Teils der VB-KV 2011 (Cexp11) abgeschlossen werden. Der Abschluss eines eigenständigen Anschlussvertrages ist nur mit Zustimmung der HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres (80. Geburtstag) der versicherten Person möglich. Die Zustimmung muss in Textform abgegeben sein. Es werden der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif sowie das dann gültige Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt.
3. Wird für Aufenthalte im weltweiten Ausland – mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland - der Erstvertrag für eine Dauer von fünf Jahren abgeschlossen, hat die versicherte Person einen Anspruch darauf, zum gleichen Tarif einen neuen, rechtlich selbständigen Anschlussvertrag für die Dauer von weiteren fünf Jahren abzuschließen. Voraussetzung ist, dass der auf fünf Jahre abgeschlossene Erstvertrag ohne Unterbrechung bestanden hat. Die HanseMerkur hat die Möglichkeit, nach einer Risikoprüfung für den Anschlussvertrag einen Risikozuschlag von bis zu 100 % auf die zugrunde zu legende Tarifprämie zu erheben. Die Bestimmungen gem. § 2 II Abs. 2 der VB-KV 2011 (Cexp11) kommen in diesem Fall nicht zur Anwendung.
4. Die Höchstversicherungsdauer für Reisen in die Bundesrepublik Deutschland beträgt inklusive aller Verlängerungen maximal 60 Monate.
5. Mit Ablauf des Produktes Care Expatriate erwirbt die versicherte Person das Recht, ohne Wartezeiten bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG eine Weiterversicherung nach dem Tarif "Mini" in folgenden Fällen abzuschließen:
 - bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland oder dem Wegfall der Versicherungsmöglichkeiten nach § 195 (3) VVG;
 - bei endgültiger Rückkehr einer versicherten Person mit Deutscher Staatsangehörigkeit aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland.

Die HanseMerkur Krankenversicherung AG hat die Möglichkeit, nach einer Risikoprüfung für eine Weiterversicherung im Tarif Mini einen Risikozuschlag von bis zu 100 % auf die zugrunde zu legende Tarifprämie zu erheben.

Voraussetzung für die Weiterversicherung im Tarif Mini ist, dass keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht und die Weiterversicherung innerhalb eines Monats nach Ablauf des Produktes Care Expatriate beantragt wird.

III. Geltungsbereich/Heimatlandaufenthalt

Im Rahmen des Tarifes Care Expatriate Premium besteht während der Reise für vorübergehende Heimatlandaufenthalte gem. § 4 Ziffer 1d) des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2011 (Cexp11) Versicherungsschutz für eine Dauer von 90 Tagen.

IV. Heilbehandlungskosten

1. Eigenanteil
 - a) Von den erstattungsfähigen Kosten gemäß der folgenden Ziffern 2 bis 5 trägt der Versicherungsnehmer den vertraglich vereinbarten Eigenanteil. Im Rahmen des Tarif Care Expatriate Premium beträgt der Eigenanteil wahlweise 0,- EUR, 500,- EUR oder 1.000,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer unterjährigen Versicherungsdauer verringert sich der Eigenanteil nicht.
 - b) Abweichend von den Bestimmungen der §§ 2 II Abs. 2 sowie des § 6 a) bis c) des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2011 (Cexp11) sind die vor Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. vor Beginn des Anschlussvertrages bestehenden und bekannten Unfallfolgen sowie Krankheiten (einschließlich Krankheitssymptomen) und deren Folgen mit einem Eigenanteil in Höhe von 5.000,- EUR je versicherte Person und angefangenem Versicherungsjahr versichert. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn. Bei einer unterjährigen Versicherungsdauer verringert sich dieser Eigenanteil nicht.
Die Leistungen der HanseMerkur hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit, einschließlich aller Anschlussverträge. Die Bestimmungen der §§ 3 und 6 d) – w) des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen VB-KV 2011 (Cexp11) bleiben von dieser Regelung unberührt.
Der Selbstbehalt von 5.000,- EUR entfällt für Unfallfolgen und Erkrankungen (einschließlich Krankheitssymptomen), die nach Versicherungsbeginn auf der Reise im Ausland unerwartet und akut erstmals aufgetreten sind. In diesen Fällen gilt alleine der vereinbarte Eigenanteil nach dem abgeschlossenen Tarif.
2. Heilbehandlungskosten
Die HanseMerkur erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Soweit der Umfang einer der nachstehenden Leistungen pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages, einschließlich aller Anschlussverträge. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche,
 - b) Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten,
 - c) Schwangerschaftsuntersuchungen, sofern die Schwangerschaft bei Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. bei Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages noch nicht bestanden hat,
 - d) Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis max. 500,- je Versicherungsjahr, insbesondere
 - zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
 - zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit
 - zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes,
 - e) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel,

- f) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen sowie ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt 1.500,- EUR pro Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn;
- g) ärztlich verordnete Hilfsmittel bis 2.500,- EUR pro Versicherungsjahr; außerdem ärztlich verordnete Sehhilfen bis zu 300,- EUR je Versicherungsjahr. Nach dem ersten Versicherungsjahr entsteht ein erneuter Anspruch auf eine Sehhilfe dann, wenn sich die Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat,
- h) Röntgendiagnostik, Kernspinn- und Computertomografie, Positronenemissions- (PET) und Computer- Positronenemissionstomografie (CT-PET),
- i) ärztliche Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen. In diesem Rahmen sind psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen bis 150,- EUR je Sitzung, maximal 1.500,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr versichert,
- j) Akutbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen ist. Ausgeschlossen bleiben Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
- k) in der Bundesrepublik Deutschland stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung): erstattungsfähig sind auch Kosten für einen Belegarzt,
- l) außerhalb der Bundesrepublik Deutschland stationäre Behandlung im Einbett- oder Zweibettzimmer, ohne weitere Wahlleistungen (z. B. privatärztliche Behandlung): erstattungsfähig sind auch Kosten für einen Belegarzt,
- m) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus, bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
- n) Operationen;
- o) abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die Kosten für Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Vertragsbeginn bzw. nach Vertragsbeginn des Anschlussvertrages festgestellt wurde.
- p) abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (VB-KV 2011 (Cexp11)) für die Dauer eines Monats palliativmedizinische Betreuung und Behandlung, die stationär, teilstationär oder ambulant erbracht wird, nachdem diagnostiziert wurde, dass die versicherte Person durch Behandlung nicht mehr geheilt werden kann und sich im Endstadium befindet. In diesem Rahmen sind versichert die Kosten für physische und psychologische Behandlung, den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Hospiz sowie für die Behandlung und Betreuung erforderliche verschreibungspflichtige Arzneimittel.
3. Zahnbehandlungskosten
- Soweit der Umfang einer der nachstehenden Leistungen pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages, einschließlich aller Anschlussverträge. Die HanseMerkur erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten für:
- a) Medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschl. Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie jährliche Kontrolluntersuchungen einschließlich Zahnreinigungen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages,
- b) Medizinisch notwendiger Zahnersatz (inkl. Reparaturen) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn) und kieferorthopädische Behandlungen. Der HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Die HanseMerkur verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Die Erstattung ist begrenzt auf maximal
- 750,- EUR für Behandlungen im ersten Versicherungsjahr,
 - 1.500,- EUR für Behandlungen im zweiten Versicherungsjahr,
 - 2.500,- EUR für Behandlungen im dritten Versicherungsjahr,
 - 4.000,- EUR für Behandlungen in jedem folgenden Versicherungsjahr.
- Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, wird bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit nur für 50 % von den maximal erstattungsfähigen Behandlungskosten geleistet.
- c) Unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz (inkl. Reparaturen) zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, maximal 3.000,- EUR je Unfallereignis und angefangenem Versicherungsjahr. Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn) und kieferorthopädische Behandlungen. Der HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Die HanseMerkur verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, wird von den erstattungsfähigen Kosten nur bis zu 500,- EUR geleistet.
4. Krankenhaustagegeld
- Im Falle einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person wegen
- unerwarteter und akut während des Auslandsaufenthaltes aufgetretener Krankheit (einschließlich Krankheitssymptomen),
 - Unfall,
 - Komplikationen in der natürlichen Schwangerschaft,
 - Entbindung,
- erbringt die HanseMerkur nach Ablauf der Wartezeit für jeden Tag des vollstationären Aufenthaltes ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30,- EUR. Der Tag der Einlieferung und der Tag der Entlassung werden jeweils als ein voller Tag gerechnet. Das Krankenhaustagegeld wird für max. 30 Tage je angefangenem Versicherungsjahr erbracht. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn des Erstvertrages einschließlich aller Anschlussverträge. Im Falle einer unterjährigen Vertragsdauer reduziert sich die maximale Dauer, in der das Krankenhaustagegeld erbracht wird
- auf 15 Tage bei einer Laufzeit von mehr als 6 und weniger als 12 Monaten und
 - auf 10 Tage bei einer Dauer von 6 Monaten.
5. Rücktransport / Überführungs- und Bestattungskosten
- Die HanseMerkur erstattet - außer bei einem Aufenthalt im Heimatland - :
- a) die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet wird und medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
- b) Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 15.000,- EUR oder
- c) Bestattungskosten im Aufenthaltsland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären höchstens bis zu 15.000,- EUR.

6. **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 längstens bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.
- V. **Assistance-Leistungen**
Über eine weltweite Notruftelefonnummer erteilt die HanseMerkur Auskünfte über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung im In- und Ausland, wie z. B. die Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Fachkliniken mit entsprechenden Sprachkenntnissen,
- VI. **Aufhebung bestimmter Einschränkungen des Versicherungsschutzes**
Der Eigenanteil gemäß IV Abs. 1 b) der Tarifbestimmungen für den Tarif Care Expatriate Premium (TB/Cexp11Pr) kann auf Antrag durch Gesundheitsprüfung entfallen. Hierzu ist ein von der HanseMerkur vorgesehener Fragenkatalog vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten und der HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, innerhalb von 31 Tagen nach Antragstellung zur Prüfung vorzulegen. In diesem Rahmen können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Der Wegfall des Eigenanteils wirkt erst mit Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein, mit dem die HanseMerkur, vertreten durch die Care Concept, den Wegfall schriftlich bestätigt. Bis dahin gelten die Einschränkungen vollumfänglich weiter.