

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen für Expatriates bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2008 (CExp)



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

Tarif Care China Classic 2008 - Tarifbedingungen (TB/CBC)

I. Vertragsabschluss und Prämienzahlung

Ergänzend zu § 1 Ziffer 2 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2008 (CExp) gilt:

- (1) Versicherungsfähig im Rahmen dieses Tarifes sind chinesische Staatsbürger, deren mitreisende Ehegatten bzw. Lebensgefährten und deren Kinder, sofern sie in einer häuslichen Gemeinschaft leben;
- (2) Dieser Tarif kann nur für Reisende abgeschlossen werden, die sich voraussichtlich länger als drei Monate in den Ländern der Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens aufhalten;
- (3) Das Höchst Eintrittsalter beträgt 64 Jahre.

II. Örtlicher Geltungsbereich

Abweichend zu § 4 Ziffer 1 a) des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2008 (CExp) gilt:

- (1) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gelten die Länder der Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens.

III. Mindest-, Höchstversicherungsdauer und Vertragsverlängerungen

- (1) Die Mindestversicherungsdauer beträgt 3 Monate.
- (2) Für Reisen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland kann die Versicherung zunächst nur für einen Zeitraum von bis zu 60 Monaten abgeschlossen werden.
- (3) Die Höchstversicherungsdauer für Reisen in die Bundesrepublik Deutschland beträgt inklusive aller Verlängerungen maximal 60 Monate.

Ergänzend zu § 2 Ziffer 8 und 9 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2008 (CExp) gilt:

1. Der Abschluss eines eigenständigen Verlängerungsvertrages ist nur mit schriftlicher Zustimmung der HanseMerkur bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres möglich. Es werden der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif sowie das dann gültige Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt.

IV. Heilbehandlungskosten

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- (1) Die HanseMerkur erstattet – abzüglich 25,– EUR Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die entstandenen Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung. In Anlehnung an § 5 I. Ziffer 2 wird die Selbstbeteiligung für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sowie für Entbindungen fällig. 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.
- (2) Zahnbehandlungskosten

Die HanseMerkur erstattet – abzüglich 25,– EUR Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die während der Reise entstandenen Kosten für:

- a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in einfacher Ausführung
- b) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) ohne Wartezeit gemäß § 5 II. Nr. 1 VB/KV 2008

Insgesamt erstattet die HanseMerkur für die genannten Zahnbehandlungskosten bei Vertragsdauern

- a) von bis zu sechs Monaten einschl. aller Vertragsverlängerungen maximal 300,– EUR,
 - b) von über sechs Monaten einschl. aller Vertragsverlängerungen maximal 600,– EUR
- pro Versicherungsjahr und versicherter Person. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn. Bei Vertragsverlängerungen über die Vertragsdauer von 6 Monaten hinaus können die höheren Leistungen nur für Versicherungsfälle gezahlt werden, die nach Beantragung der Vertragsverlängerung neu eingetreten sind.

(3) Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten in einfacher Ausführung zu 50 % bis maximal 500,– EUR für Behandlungen innerhalb eines Versicherungsjahres. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

(4) Rücktransport, Überführungs- / Bestattungskosten

Die HanseMerkur erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

1. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten 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. die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten medizinisch sinnvollen Rücktransport in das Heimatland, 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

- a) bei Vertragsdauern von bis zu 6 Monaten, einschließlich aller Vertragsverlängerungen, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von einem Monat weiter,

- b) bei Vertragsdauern von über 6 Monaten, einschließlich aller Vertragsverlängerungen, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von 3 Monaten weiter.

IV. Assistance-Leistungen

Über eine weltweite Notruftelefonnummer

- a) 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,
- b) benennt Abschlepp-/Bergungsunternehmen, Fachwerkstätten, Mietwagenunternehmen, Hotels, Luftfahrtgesellschaften bzw. sonstigen Beförderungsunternehmen im In- und Ausland,
- c) und benennt Sachverständige, Rechtsanwälte, und Dolmetscher im In- und Ausland mit entsprechenden Sprachkenntnissen.

VI. Aufhebung bestimmter Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Abweichend zu § 4 Ziffer 3 und § 6 Ziffer 1 a) des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2008 (CExp) gilt:

Ausgeschlossen sind lediglich folgende Krankheiten und deren Folgen:

- a) bestehende HIV-Infektionen/ AIDS,
- b) Krebserkrankungen und gutartige Tumore, die innerhalb der letzten 5 Jahre vor oder bei Versicherungs- bzw. Verlängerungsbeginn behandlungsbedürftig waren,
- c) Suchterkrankungen, die durch den Konsum von Drogen oder Narkotica verursacht wurden,
- d) Coronare Krankheitsbilder (Herzkrankungen), die innerhalb der letzten 12 Monate vor oder bei Versicherungs- bzw. Verlängerungsbeginn behandlungsbedürftig waren.

Ausgeschlossen bleiben

- a) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- b) Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;

VII. Prämienrückerstattung

- (1) Sofern die Versicherung von einer versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres nicht in Anspruch genommen wurde, erfolgt eine Prämienrückerstattung in Höhe einer Monatsprämie. Sofern sich die Höhe der Prämie innerhalb des Versicherungsjahres geändert hat, wird die jeweils niedrigere Prämie ausbezahlt. Bei mehreren versicherten Personen innerhalb des Vertrages hat jede versicherte Person einen eigenen Anspruch auf Prämienrückerstattung, unabhängig davon, ob für die anderen versicherten Personen Leistungen beansprucht wurden.

(2) Voraussetzung für eine Prämienrückerstattung ist,

- a) dass die Versicherung ein volles Versicherungsjahr ununterbrochen bestanden hat,
- b) dass die Prämien für das betreffende Versicherungsjahr spätestens nach Ablauf eines Monats nach Ende des Versicherungsjahres vollständig einschließlich aller eventuellen Mahngebühren bezahlt sind
- c) und dass für das betreffende Versicherungsjahr keine Leistungen gezahlt oder beantragt wurden. Maßgeblich sind dabei die Behandlungsdaten, bei Rezepten und Hilfsmitteln zusätzlich das Bezugsdatum.

- (3) Der Anspruch auf Prämienrückerstattung erlischt, sobald für Behandlungen innerhalb eines Versicherungsjahres Leistungen beansprucht werden, unabhängig davon, ob tatsächlich ein Leistungsanspruch besteht oder Leistungen gezahlt werden können.

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

- (5) Die Auszahlung der Prämienrückerstattung erfolgt automatisch frühestens nach Ablauf von 6 Monaten nach Ende des Versicherungsjahres.