

# Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2011 (CC11)



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

### 5.1 - Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- (1) Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
- (2) Versicherungsfähig sind Praktikanten, Teilnehmer an Working-Holiday-Programmen sowie Personen, die sich nachweislich zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen an staatlichen oder privaten zu diesem Zweck zugelassenen Einrichtungen vorübergehend im Ausland aufhalten, sofern sie zu einem der folgenden Personenkreise zählen:
  - a) Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und unmittelbar vor Reiseantritt ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder eines anderen Mitgliedstaates der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens;
  - b) Personen mit deutscher, österreichischer oder anderer Staatsbürgerschaft und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich während eines Aufenthaltes im Ausland;
  - c) Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit, die unmittelbar vor Reiseantritt für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren einen ständigen Wohnsitz im Ausland nachweisen können, während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder eines anderen Mitgliedstaates der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens.
- (3) Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
  - a) bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beginn einer Anschlussversicherung (Vertragsverlängerung) das 36. Lebensjahr vollendet haben (36. Geburtstag);
  - b) im Aufenthaltsland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen;
  - c) Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihrer Reise eine 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.
  - f) zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der HanseMerkur AG bzw. der Care Concept AG während der Dauer ihres befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland einen oder mehrere aufeinander folgende Reise-Krankenversicherungsverträge abgeschlossen hatten, deren Gesamtversicherungsdauer einen Zeitraum von fünf Jahren überschritten hat. Dies gilt auch dann, wenn mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherungsgesellschaften bestanden haben.
- (4) Der Hauptgrund für den Aufenthalt im Reiseland während des versicherten Zeitraumes muss die Aus- oder Weiterbildung oder die Durchführung eines Working-Holiday-Programmes sein. Eine Änderung des Hauptgrundes des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. im Ausland (z. B. Beendigung des Studiums, der Schulbesuche), die Annahme der Staatsbürgerschaft des Reiselandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung bzw. die Vergabung der Aufenthaltserlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. im Ausland sowie die ständige Wohnsitznahme in Deutschland oder Österreich bzw. im Ausland sind der HanseMerkur umgehend in Textform anzuzeigen.

### 5.2 - 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 oder in einen anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens zu stellen. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages bei der HanseMerkur. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder in einen anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland, ist auf Verlangen nachzuweisen.
- (2) Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von der HanseMerkur 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 4 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.
  - c) Bei Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland ist eine Verlängerung nur möglich, sofern unter Berücksichtigung aller vorbestehenden Krankenversicherungsverträge mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland eine Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren nicht überschritten wird. Die HanseMerkur ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes bestanden haben, zu informieren.
- (7) Bei Vertragsverlängerungen
  - a) besteht eingeschränkter Versicherungsschutz für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die vor Verlängerungsbeginn eingetreten sind, gemäß Teil B Ziffer 3.
  - b) gelten die §§ 4 Ziffer 2, 5 I. Ziffer 2, 6 Ziffer 1 a) und k) entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 5 II. Ziffer 3 zu beachten.
- (8) Ein Wechsel zwischen den Tarifen Care College, Care College Comfort und Care College Premium ist während der Vertragszeit nicht möglich. Sofern ein Tarifwechsel nachweislich aufgrund einer behördlichen Auflage für die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung erforderlich wird, kann der Versicherungsschutz in einem neuen Vertrag eines anderen Tarifes fortgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die verblei-

bende Vertragslaufzeit aus dem bisherigen Vertrag nicht überschritten wird. Rechte und Pflichten aus dem Vorvertrag gehen dann auf den Anschlussvertrag über. Für die Mehrlaufzeit aus dem neu gewählten Tarif gelten die vertraglichen Regelungen wie bei einem Neuausschluss. Sofern gleichzeitig eine Verlängerung des Versicherungsschutzes beantragt wird, gilt Ziffer 7 entsprechend. Die Umstellung kann nicht rückwirkend erfolgen.

- (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 im Ausland;
  - d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen;
    - da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt im Ausland entschieden hat oder
    - da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
  - e) wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt.
  - f) bei versicherten Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland nach einer Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren für alle nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Reise-Krankenversicherungsverträge, auch soweit mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherern bestanden haben.
- (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-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg

### 5.3 - 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, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
  - c) Ist die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Zahlung von Folgeprämien:
  - a) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet die HanseMerkur dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Wochen.
  - b) Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet.
  - c) Die HanseMerkur verbindet die Zahlungsfrist von zwei Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
  - d) Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt.

### 5.4 - 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 ein anderer Mitgliedstaat der EU, des EWR oder des Schengen-Abkommens;
    - für Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich, sowie für Staatsangehörige der EG-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich: alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich;
    - für Personen mit anderer Staatsangehörigkeit, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben: alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich.
  - c) Der Versicherungsschutz hat auch dann Gültigkeit, wenn sich der Aufenthalt im Ausland auf mehr als ein Gastland bezieht und der Wechsel zwischen den Gastländern im Zusammenhang mit der Aus- und Weiteribildung steht.
  - d) Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
  - e) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen

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

- f) Abweichend von b) besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern Versicherungsschutz:
    - Bei unterjährigen Versicherungsverträgen mit einer Dauer bis zu 4 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person bis zu einer Dauer von 14 Tagen für alle Heimatlandaufenthalte während der Vertragslaufzeit.
    - Bei unterjährigen Versicherungsverträgen mit einer Dauer von mehr als 4 und weniger als 12 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person bis zu einer Dauer von 28 Tagen für alle Heimatlandaufenthalte während der Vertragslaufzeit.
    - Für mehrere aufeinander folgende Verträge mit unterjähriger Laufzeit ist die Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland begrenzt auf 42 Tage für alle Heimatlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres.
    - Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person bis zu einer Dauer von 42 Tagen für alle Heimatlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres. Ab dem zweiten Versicherungsjahr besteht Versicherungsschutz für Ferienaufenthalte im Heimatland für jeweils 21 Tage je angefangenes halbes Versicherungsjahr, höchstens jedoch für 42 Tage für alle Heimatlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres.
    - Unabhängig von der Vertragslaufzeit besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Urlaubsreise mit der Gastfamilie in ein weiteres Land (Drittland). Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinander folgender Verträge.
- Der Tag der Einreise in das Heimatland und der Ausreise aus dem Heimatland wird jeweils als voller Tag des Heimatlandaufenthaltes gerechnet.
- Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland oder ein Drittland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (per E-Mail, Fax oder Post) anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen der HanseMerkur oder der Care Concept nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 8 Ziffer 2 e). Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50% der tarifgemäß maximal erstattungsfähigen Kosten geleistet.
- Heimatland im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt, und/oder in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

### (2) Beginn

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
- 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 von Wartezeiten.

### (3) Für Versicherungsfälle, die

- vor bzw. bei Vertragsabschluss eingetreten sind,
  - sowie Krankheiten, Beschwerden und deren Folgen, die bei Vertragsabschluss bestanden und bekannt sind,
- wird nicht geleistet.

### (4) Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

- a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
  - b) für versicherte Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsbürgerschaft spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes;
  - c) für Versicherte mit der Staatsbürgerschaft eines Drittlandes spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Republik Österreich;
  - d) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
  - e) 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;
  - f) 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; ohne ihren Rückkehrwillen zu haben;
  - g) spätestens nach Ablauf einer Gesamtversicherungsdauer von 5 Jahren für alle nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Reise-Krankenversicherungsverträge, auch soweit mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherern bestanden haben;
  - h) nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland, spätestens jedoch nach dem 42. Tag für alle Ferienaufenthalte im Heimatland innerhalb eines Versicherungsjahres.
- (5) Nachhaftung  
Die Regelung zur Nachhaftung ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

### 5.5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

#### I. Allgemeines

- (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) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
  - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des Verlängerungsvertrages bestanden hat;
  - b) die Entbindung;
  - c) der Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen

rungsbedingungen 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 Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nahrungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl.
- (6) Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung). Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist, oder wenn die HanseMerkur 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 erfolgversprechend 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 Antragstellung 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 und Zahnersatz 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

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

## § 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 alleinige 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 solche Krankheiten einsch. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (für eine Anschlussheilbehandlung gilt § 5 Ziffer 6, Satz 3 ),
- e) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich 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 Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder einer Gastfamilie zusammen lebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- i) für eine durch Siechtum, 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, einsch. 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, Stützprothesen, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
- r) für Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen;
- s) 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 die 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 einzureichen bei der
- Care Concept AG  
Postfach 33 01 51  
53203 Bonn
- (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 Aufenthaltsland;
- 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 erachtet, 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

- (1) Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der HanseMerkur nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder 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, Vertragsprache

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

## § 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigigt.

Anschriften:

Care Concept AG

Am Herz-Jesu-Kloster 20  
53229 Bonn

HanseMerkur Reiseversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg

## B. Besonderer Teil: Leistungsbeschreibung der jeweiligen Tarife zu den VB-KV 2011 (CC11)

### I. Tarif Care College Basic

#### I. Heilbehandlungskosten

- (1) Die HanseMerkur erstattet – abzüglich 50,– € Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen. In Anlehnung an § 5 1 Ziffer 2 des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen wird die Selbstbeteiligung für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft fällig. Für Entbindungen beträgt der Selbstbehalt 250,– € je Versicherungsfall.
- (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
- für die bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beginn der Vertragsverlängerung bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen oder
  - 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 Bestimmungen der §§ 2 Ziffer 6, 3, 4 Ziffer 3 und 6 Ziffer 1 a), 1 b) und 1 k) des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen (VB-KV 2011 (CC11)) bleiben von dieser Regelung unberührt.

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

- ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat;
- ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Frühgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des Verlängerungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
- ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
- ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
- ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, bis zu 250,– € je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschl. aller Vertragsverlängerungen;
- Röntgendiagnostik;
- unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
- Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
- unaufschiebbare Operationen;
- Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit. Für die Entbindung beträgt die Selbstbeteiligung 250,– € je Versicherungsfall;
- Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.

#### II. Zahnbehandlungskosten

##### (1) Schmerzstillende Zahnbehandlung

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

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

Die HanseMerkur erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

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

##### IV. 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 maximal für die Dauer von 4 Wochen weiter.

### II. Tarif Care College Comfort

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

#### I. Selbstbeteiligung

Der Eigenanteil für die versicherte Person von 25,– € je Versicherungsfall fällt nur noch für frauenärztliche Untersuchungen und Behandlungen sowie in Höhe von 250,– € für Entbindungen an.

#### II. Begrenzung nach der Gebührenordnung

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

#### III. Zahnbehandlungskosten

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

#### IV. Zahnersatz

Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) nach einer Wartezeit von

8 Monaten in einfacher Ausführung zu 50 % bis maximal 500,– € innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

#### V. Rücktransport

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

#### VI. Prämienrückerstattung

Der Versicherungsnehmer hat auf Antrag Anspruch auf Rückerstattung einer Monatsprämie, sofern:

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

### III. Tarif Care College Premium

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

#### I. Selbstbeteiligung

Der Eigenanteil von 250,– € für die versicherte Person fällt nur noch für Entbindungen an. Für alle übrigen Versicherungsfälle muss die versicherte Person keinen Eigenanteil übernehmen.

#### II. Hilfsmittel

Ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, werden in einfacher Ausführung erstattet. Sehhilfen sind nach einer Wartezeit von 3 Monaten bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 100,– € erstattungsfähig. Ein erneuter Leistungsanspruch ergibt sich nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

#### III. Zahnbehandlungskosten

Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllung in einfacher Ausführung zu 100 %. Sofern für eine Schmerzbesitzung mehr als zwei Zähne versorgt oder eine Zahnfleischentzündung behandelt werden müssen, ist die Vorlage eines Kostenvorschlages (Heil- und Kostenplan) mit Begründung des Zahnarztes vor Behandlungsbeginn erforderlich. Die HanseMerkur verpflichtet sich, unverzüglich die vertraglichen Leistungen zu prüfen und dem Versicherungsnehmer den vertraglichen Anspruch mitzuteilen. Wird dieser Kostenvorschlag vor der Behandlung nicht vorgelegt, werden die erstattungsfähigen Kosten bis 750,– € je Versicherungsfall zu 100 % und die darüber hinaus gehenden Kosten nur zu 50 % erstattet.

#### IV. Zahnersatz

Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) nach einer Wartezeit von 8 Monaten in einfacher Ausführung zu 70 % bis maximal 1.000,– € innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Wird der Versicherungsschutz durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen, werden die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in einfacher Ausführung zu 100 % bis maximal 2.500,– € innerhalb von 2 Versicherungsjahren erstattet. Als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen und Beißen. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

#### V. Überführungs-/Bestattungskosten

Die HanseMerkur erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

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

#### VI. 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 maximal für die Dauer von 8 Wochen weiter.

#### VII. Schwangerschaft und Entbindung

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

## Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

### § 8 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

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

Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 1 Nr. 2, wenn das vom Bundesministerium der Justiz auf Grund einer Rechtsverordnung nach Absatz 5 veröffentlichte Muster verwendet wird. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.

#### (3) Das Widerrufsrecht besteht nicht

- bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
  - bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
  - bei Versicherungsverträgen bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
  - bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinn des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz.
- Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen bei Versicherungsverträgen, die von beiden Vertragsparteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt sind, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausübt hat.
- (4) Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist abweichend von Absatz 2 Satz 1 nicht vor Erfüllung auch der in § 312e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelten Pflichten.
- (5) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Inhalt und Gestaltung der dem Versicherungsnehmer nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 mitzuteilenden Belehrung über das Widerrufsrecht festzulegen.

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

### § 15 Hemmung der Verjährung

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

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen an gibt, die nach den Absätzen 2 und 3 eintreten.
- (2) Tritt der Versicherungsschutz nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen.
- Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

### § 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

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

## § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

## Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch I und V

### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch I

#### § 21 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

- (1) Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können in Anspruch genommen werden:
  1. Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten,
  2. bei Krankheit Krankenbehandlung, insbesondere
    - a) ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
    - b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
    - c) häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
    - d) Krankenhausbehandlung,
    - e) medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
    - f) Betriebshilfe für Landwirte,
    - g) Krankengeld,
  3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld,
  4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch.
- (2) Zuständig sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die See-Krankenkasse, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen.

### Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch V

#### § 5 Versicherungspflicht

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

#### § 173 Allgemeine Wahlrechte

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

#### § 175 Ausübung des Wahlrechts

- (1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.
- (2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.
- (3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, vereinbaren die Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Regeln über die Zuständigkeit.
- (4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist. Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten des der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

#### § 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

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

#### § 190 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

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

#### § 254 Beitragszahlung der Studenten

- (1) Versicherungspflichtige Studenten haben vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule die Beiträge für das Semester im Voraus an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die Satzung der Krankenkasse kann andere Zahlungsweisen vorsehen. Weist ein als Student zu Versicherender die Erfüllung der ihm gegenüber der Krankenkasse auf Grund dieses Gesetz buchs auferlegten Verpflichtungen nicht nach, verweigert die Hochschule die Einschreibung oder die Annahme der Rückmeldung.

## Merkmblatt zur Datenverarbeitung

### Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

### Einwilligungserklärung

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

### Schweigepflichtbindungserklärung

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

#### 1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

#### 2. Datenübermittlung an Rückversicherer

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

#### 3. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

#### 4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) zentrale Hinweissysteme. Die Aufsuchung in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

### Beispiele:

#### Unfallversicherung

- Meldung bei
- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
  - Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadensfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder im Unfallfolgen,
  - außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.
- Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

#### Allgemeine Haftpflichtversicherung

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

#### 5. Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

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

#### 6. Für den Fall der Betreuung durch Versicherungsvermittler

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

## Informationsblatt gemäß § 11 Versicherungsvermittlerverordnung

Name: Care Concept AG  
Anschrift: Am Herz-Jesu-Kloster 20  
53229 Bonn  
Telefon: +49 228 97735-0  
Telefax: +49 228 9773535

tätig als: Versicherungsvertreter (Mehrfachagent) gemäß § 34d, Absatz 1 GewO

Handelsregister-Nr.: HRB 8470

Ust-IdNr.: DE813961035

Vermittlerregister: Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.

Breite StraÙe 29

10178 Berlin

Telefon: 0 180 5005850

(14 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, mit abweichenden Preisen aus Mobilfunknetzen)

www.vermittlerregister.info

IHK-Reg.-Nr.: D-KJUH-GSQ4-87

Beteiligung: HanseMerkur Reiseversicherung AG, Hamburg

Vorstand: Jörg Schmidt, Dirk Günther

Aufsichtsrat: Hans Geisberger (Vors.)

Schlichtungsstellen: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung | Postfach 06 02 22 | 10052 Berlin

www.pkv-ombudsmann.de

Versicherungsoombudsmann e.V. | Postfach 08 06 32 | 10006 Berlin

www.versicherungsoombudsmann.de