Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG Care College USA VB-KV 2024_10 (CU2024_10)

§ 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, Au-pairs (mit entsprechendem Vertragsverhältnis) sowie Personen, die sich nachweislich zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen an staatlichen oder privaten, zu diesem Zweck zugelassenen Einrichtungen vorübergehend im weltweiten Ausland – insbesondere in den USA, US-amerikanischen Territorien, Kanada sowie Mexiko – aufhalten, sofern sie die deutsche, österreichische oder eine andere Staatsbürgerschaft besitzen und einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen,
   a. die vorbehaltlich der vorrangigen Regelung zur Kindernachversicherung (vgl. § 2 Ziff. 10 dieser Bedingungen) bei Versicherungsbeginn das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (12. Geburtstag);
   b. die bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beginn einer Anschlussversicherung (Verlängerung des Versicherungsschutzes durch Abschluss eines unmittelbar anschließenden neuen Versicherungsvertrages) das 36. Lebensjahr vollendet haben (36. Geburtstag);
   c. deren Versicherungsaufnahme gegen geltendes Recht des Aufenthaltslandes verstößt;
   d. die Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes eine körperliche Tätigkeit in einer der in Anlage 1 aufgelisteten Berufe bzw. eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Bedingungen;
   e. die illegal in das Aufenthaltsland eingereist sind bzw. sich dort illegal aufhalten;
   f. die dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
   g. die sich vorbehaltlich der vorrangigen Regelung zur Kindernachversicherung (vgl. § 2 Ziff. 11 dieser Bedingungen) ohne einen die Versicherungsfähigkeit begründenden Hauptgrund im Reiseland aufhalten.
4. Die Versicherungsfähigkeit entfällt, wenn die Aus- oder Weiterbildung, der Au-pair Vertrag oder die Durchführung eines Working-Holiday-Programmes nicht mehr der Hauptgrund für den vorübergehenden Aufenthalt im Reiseland während des versicherten Zeitraumes ist oder der Vertrag (auch vorzeitig) endet. Die Versicherungsfähigkeit entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat, ohne einen Rückkehrwillen zu haben.
5. Sofern die versicherte Person eine weitere Staatsangehörigkeit im Aufenthaltsland unterhält, ist sie dann versicherungsfähig, wenn sie ihren Hauptwohnsitz länger als 5 Jahre nicht im Staatsgebiet des Landes ihrer Staatsangehörigkeit hat.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages, Kindernachversicherung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb eines Jahres nach Einreise in die USA, die US-amerikanischen Territorien, Kanada oder Mexiko zu stellen. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages bei dem Versicherer. Das Datum der Einreise in die USA, Kanada oder Mexiko sowie US-amerikanischen Territorien bzw. die Grenzüberschreitung ins Ausland, ist auf Verlangen nachzuweisen.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von dem Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer eingeht und dieser 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 Ziff. 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender unter Abzug der Kosten des Versicherers zur Verfügung.
4. Mindest- und Höchstversicherungsdauer
   a. Die Mindestversicherungsdauer beträgt einen Monat.
   b. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 5 Jahre.
5. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann für den weiteren, ursprünglich nicht versicherten Auslandsaufenthalt ein rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
   a. Der Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes (eigenständiger Anschlussvertrag) muss auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eingereicht werden.
   b. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, muss dem rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender – unter Abzug der Kosten dem Versicherer oder der Care Concept AG – zu.
6. Bei einer Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag
   a. besteht Versicherungsschutz für die Versicherungsfälle, Unfallfolgen, Krankheiten und Krankheitssymptome sowie deren Folgen, die nach Beantragung des Anschlussvertrages (Datum und Uhrzeit des Antrages) neu eingetreten sind, gemäß § 9 dieser Bedingungen;
   b. gelten § 6 Ziff. 2, § 7 I. Ziff. 2, § 8 Ziff. 1 a. und k. entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II. Ziff. 3 zu beachten.
7. 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 2 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 einem Au-pair Aufenthalt auch bei Beendigung des dem Aufenthalt zugrunde liegenden Vertrages
8. Kindernachversicherung
   a. Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten mit dem Tag der Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist.
      Als Nachweis genügt die Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde in Textform per E-Mail, Fax oder Post.
   b. Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass
      aa. der Vertrag des versicherten Elternteils am Tag der Geburt mindestens 3 Monate ununterbrochen bestanden hat;
      bb. der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und umfassender ist als der des versicherten Elternteils;
      cc. kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
   c. Die Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine erhöhte Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zu 100 % auf die Tarifprämie möglich. Als Nachweis genügt die Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde in Textform per E-Mail, Fax oder Post. Es gilt Ziff. 1 Abs. 1 dieses Paragraphen# entsprechend.
   d. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als 2 Monate nach der Geburt oder wird ein Versicherungsschutz beantragt, der höher oder umfassender ist, unterliegt die Versicherung des Kindes einer gesonderten Risikoprüfung durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz erst mit der Annahme des Versicherungsvertrages in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragraphen unter Ziffer 1 bis 8 entsprechend.
9. Gastfamilienwechsel
   Versicherte Personen, die aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-pair ausüben, können bei einem Wechsel der Gastfamilie den Versicherungsvertrag innerhalb des ursprünglich versicherten Zeitraumes selbst oder unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers (zukünftige Gastfamilie)

fortführen ohne den Versicherungsschutz zu verlieren, sofern:

a. die Anzeige zur Fortführung des bestehenden Vertrages innerhalb von 2 Monaten nach Wechsel der Gastfamilie mitgeteilt wird; vgl. § 10 Ziff. 8 der Allgemeinen Bedingungen;
b. der ursprüngliche versicherte Zeitraum bei dem Versicherer versichert war;
c. die Fortführung in direktem Anschluss an den bestehenden Vertrag erfolgt;
d. die Fortführung vor Ende des Vertrages beantragt wird;
e. die Fortführung zum selben Zeitpunkt enden soll wie der ursprüngliche Vertrag. Rechte und Pflichten aus diesem gehen dann in den fortzuführenden Vertrag über. Auf Höchstsätze abgestellte Versicherungsleistungen werden zusammengerechnet. In der Krankenversicherung werden Erkrankungen und Beschwerden, die während der Vorverträge bei dem Versicherer erstmals aufgetreten sind, im weiteren Vertrag mitversichert;
f. sofern der ursprüngliche Vertrag nicht fortgeführt wird, endet der Versicherungsschutz mit Ablauf von 14 Tagen nach dem Gastfamilienwechsel.

§ 3 Kündigung

1. Ordentliche Kündigung
   Das Versicherungsverhältnis kann – nach Ablauf der Mindestlaufzeit – jederzeit durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden. Die Mindestlaufzeit ist in § 2 Ziff. 4 dieser Bedingungen geregelt. Bei Kündigung steht dem Versicherungsnehmer die Rückerstattung der Versicherungsprämie für den Zeitraum des nicht in Anspruch genommenen Versicherungsschutzes zu. Die Kündigung entzieht dem Versicherer nicht das Recht, die Zahlung der Prämie für den Versicherungszeitraum zu fordern, für den Versicherungsschutz durch den Versicherer gewährleistet wurde.
   Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Wird die Kündigung für einzelne versicherte Personen erklärt, ist diese nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
   Die Kündigungserklärung bedarf der Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.). Die betroffene versicherte Person hat das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
   Der Versicherer verzichtet auf sein Recht zur ordentlichen Kündigung.
2. Außerordentliche Kündigung
   Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer unberührt.

§ 4 Prämie

1. Zahlung der Erst- oder Einmalprämie
   a. Die Erst- oder Einmalprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
   b. Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, 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 der Versicherer 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 der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von 2 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 der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
   c. Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von 2 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. § 4 Ziff. 2 b. bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. § 4 Ziff. 2 b bleibt hiervon unberührt.
3. Einzelheiten zur Prämienzahlung
   a. Die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Überweisung, per Kreditkartenzahlung oder per PayPal erfolgen.
   b. Wird die Prämie vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bank- oder Kreditkartenkonto abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder Versicherungsnehmer noch – im Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist – der Versicherungsnehmer und/oder Kontoinhaber dem Zahlungsabruf widerspricht bzw. widersprechen.
      Konnte die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) erfolgt.

§ 5 Recht zur Prämienanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Prämien vom Versicherer überprüft und soweit erforderlich angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden (sowie tariflich vorgesehene Leistungshöchstbeträge und Tagegelder erhöht werden).
2. Die Anpassungen nach Ziff. 1 werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
3. Erhöht der Versicherer die Prämien nach Ziff. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Geltungsbereich
   a. Der Versicherer 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 Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt und/oder in dem sie einen ständigen Wohnsitz hat:
      für Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich die USA, Kanada und Mexiko (ehem. sog. NAFTA-Staaten) sowie die US-amerikanischen Territorien sowie alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland und Österreich.
   c. Der Versicherungsschutz hat auch dann Gültigkeit, wenn sich der Aufenthalt im Ausland auf mehr als ein Gastland bezieht und der Wechsel zwischen den Gastländern im Zusammenhang mit der Aus- und Weiterbildung steht.
   d. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat und in das sie zurückzukehren gewillt ist und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
   e. Versicherungsschutz besteht auch für die Staatsgebiete derjenigen Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person zusätzlich innehat (= doppelte Staatsangehörigkeit), sofern die versicherte Person dort seit mindestens 5 Jahren keinen Hauptwohnsitz mehr besitzt.
      Die weiteren Bestimmungen bezüglich des Heimatlandes bleiben hiervon unberührt.
   f. 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.

g. Abweichend von § 6 Ziff. 1 b. und d., e. besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern Versicherungsschutz:
   - Bei unterjährigen Versicherungsverträgen mit einer Dauer von bis zu 4 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 14 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte während der Vertragslaufzeit.
   - Bei unterjährigen Versicherungsverträgen mit einer Dauer von mehr als 4 und weniger als 12 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 60 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte während der Vertragslaufzeit.
   - Für mehrere aufeinander folgende Verträge mit unterjähriger Laufzeit ist die Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland sowie in Drittländern begrenzt auf 60 Tage für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres.
   - Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 90 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres. Ab dem zweiten Versicherungsjahr besteht Versicherungsschutz für Ferienaufenthalte im Heimatland oder in Drittländern für jeweils 45 Tage je angefangenes halbes Versicherungsjahr, höchstens jedoch für 90 Tage für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres.
   - Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinander folgenden Verträge.
     Der Tag der Einreise in das Heimatland und der Ausreise aus dem Heimatland wird jeweils als voller Tag des Heimatlandaufenthaltes gerechnet.
     Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland oder ein Drittland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachzuweisen.
   - Bei einem Au-pair Aufenthalt besteht unter den genannten Bedingungen bei einer vorübergehenden Urlaubsreise mit der Gastfamilie in ein weiteres Land (Drittland) Versicherungsschutz.

   Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziff. 4.
   Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat und in das sie zurückzukehren gewillt ist und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.

2. Beginn
   Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
   a. nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
   b. nicht vor der Einreise in die USA. Kanada, Mexiko oder US-amerikanischen Territorien bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;
   c. nicht vor Zahlung der Prämie;
   d. nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
3. 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. mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
   d. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen bzw. eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für das Reiseland erteilt wird;
   e. wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 Ziff. 1 und 2 dieser Bedingungen entfällt. Die Versicherungsfähigkeit entfällt insbesondere dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat, ohne einen Rückkehrwillen zu haben;
   f. nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland, spätestens jedoch nach dem 90. Tag für alle Ferienaufenthalte im Heimatland innerhalb eines Versicherungsjahres.
4. 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 bis zur Dauer von 8 Wochen weiter.

§ 7 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungen

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Allgemeines

1. Der Versicherer leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für akut auf der Reise im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 7 II. aufgeführt.
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. Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (eigenständiger Anschlussvertrag) bestanden hat;
   b. die Entbindung einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
   c. der Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
4. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Im vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers erstattet, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann.
   Im Ausland – mit Ausnahme der USA, Kanada und Mexiko – steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr berechnen.
   Es wird auf § 10 Ziff. 2 sowie § 11 dieser Bedingungen bezüglich eines Aufenthaltes in den USA, US-amerikanischen Territorien, Kanada sowie Mexiko verwiesen.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person – mit Ausnahme in den USA, Kanada und Mexiko – 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 der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Es wird auf § 10 dieser Bedingungen bezüglich eines Aufenthaltes in den USA, US-amerikanischen Territorien, Kanada sowie Mexiko verwiesen.

7. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
8. Der Versicherer 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.
9. Soweit die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen an staatlichen oder privaten Bildungseinrichtungen in den USA oder den US-amerikanischen Territorien (Colleges, Universitäten etc.) nur unter der Voraussetzung möglich ist, dass Versicherungsschutz für eine Leistungsart besteht, die in §§ 7 oder 8 dieser Bedingungen explizit ausgeschlossen oder nicht genannt ist (z. B. psychologische Betreuung der versicherten Person), gilt diese Leistungsart als mitversichert.

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 dem Versicherer bzw. der Care Concept AG;
   b. bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.
2. Eine seit der Einreise bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehende Vorversicherung kann auf die allgemeine Wartezeit angerechnet werden. Die Leistungseinschränkungen gemäß § 8 dieser Bedingungen gelten uneingeschränkt weiter.
3. Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen und Zahnersatz 8 Monate. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn und bei Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen Anschlussvertrag ab Beginn der Verlängerung an.

III. Heilbehandlungskosten

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung.
   In Anlehnung an § 7 I. Ziff. 2 dieser Versicherungsbedingungen fällt für die versicherte Person eine Selbstbeteiligung in Höhe von 250,– EUR je Versicherungsfall für Entbindungen an. Die Regelungen des § 9 sowie § 11 dieser Bedingungen bleiben unberührt.
2. Bei einem Besuch der versicherten Person im Heimatland erfolgt die Erstattung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 2,3-fachen Satz der GOÄ.
3. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten
   a. ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages (technischer Beginn) bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) noch nicht bestanden hat;
   b. ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zur 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages (technischer Beginn) bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
   c. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
   d. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
   e. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
   f. ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen. Diese werden in einfacher Ausführung erstattet. Sehhilfen sind nach einer Wartezeit von 3 Monaten bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 100,– EUR erstattungsfähig. Ein erneuter Leistungsanspruch ergibt sich nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit von mindestens 0,5 Dioptrien.
   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 einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen. Für die Entbindung beträgt die Selbstbeteiligung 250,– EUR je Versicherungsfall;
   Bei Vertragsabschluss bestehende Schwangerschaften und sich daraus ergebende Entbindungen sind mitversichert ohne Wartezeit mit einer Selbstbeteiligung von 5.000,– EUR für Schwangerschaftsuntersuchungen und -vorsorge sowie Entbindung im Krankenhaus oder Entbindung durch Hebamme bei einer maximalen Erstattung von 30.000,– EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit.
   l. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussbehandlung.

IV. Zahnbehandlungskosten

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

V. Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) nach einer Wartezeit von 8 Monaten in einfacher Ausführung zu 70 % bis maximal 1.000,– EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Wird der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen, werden die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in einfacher Ausführung zu 100 % bis maximal 2.500,– EUR innerhalb von 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.

VI. Rücktransport

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

VII. Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer 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 25.000,– EUR;
2. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 25.000,– EUR.

VIII. Prämienrückerstattung

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

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

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

IX. Ausfallgeld

Der Versicherer leistet eine Entschädigung für nicht in Anspruch genommene Leistungen, die in Zusammenhang mit der durch die versicherte Person geplanten Bildungsmaßnahme stehen. Die Entschädigung wird als pauschalierte Krankentagegeldleistung erbracht.
Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aufgrund eines versicherten Ereignisses

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

Die Leistung des Ausfallgeldes ist vor Eintritt aller vorstehenden Leistungsvoraussetzungen nicht fällig. Löst derselbe Vorfall (z. B. dieselbe Erkrankung oder dieselbe Unfallfolge) mehrfach eine Leistungspflicht aus, gilt dies auch dann als ein Ereignis, wenn die Leistungsvoraussetzungen in verschiedenen Versicherungsjahren erfüllt werden.
Die Leistung ist für alle einen Anspruch auslösenden Vorfälle pro begonnenes Versicherungsjahr beschränkt auf 2.500,– EUR.

X. Erweiterter Leistungsumfang

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

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Sofern nach den vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes bestimmt ist, wird nicht geleistet für
   a. Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
   b. Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;
   c. solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
   d. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (für eine Anschlussheilbehandlung gilt § 7 I Ziff. 6 Satz 3);
   e. Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
   f. ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
   g. Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   h. Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder einer Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   i. eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
   j. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
   k. bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beantragung einer Vertragsverlängerung bestehende Schwangerschaften und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hat;
   l. Immunisierungsmaßnahmen;
   m. Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden;
   n. Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
   o. Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen. Abweichend hiervon werden diese Kosten im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,– EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung festgestellt wurde;
   p. Vorsorgeuntersuchungen;
   q. Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
   r. Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen;
   s. Organspenden und Folgen.
2. Soweit die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen an staatlichen oder privaten Bildungseinrichtungen in den USA oder den US-amerikanischen Territorien (Colleges, Universitäten etc.) nur unter der Voraussetzung möglich ist, dass Versicherungsschutz für eine Leistungsart besteht, die in § 8 Ziff. 1 a. bis s. dieser Bedingungen explizit ausgeschlossen ist (z.B. psychologische Betreuung der versicherten Person), gilt diese Leistungsart als mitversichert.
3. Der Versicherer 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 den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
4. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
5. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 9 Vorerkrankungen

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

1. Mitversichert sind,
   - Erkrankungen,
   - Folgen von Unfällen,
   - Gebrechen,

   jeweils einschließlich daraus resultierender Beschwerden – auch soweit diese vor Beantragung des Versicherungsschutzes bekannt waren.
   Keine Leistungspflicht besteht jedoch, wenn der Eintritt des Versicherungsfalles bei der Beantragung des Versicherungsvertrages bzw. bei der Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen eigenständigen Anschlussvertrag feststand.
2. Soweit eine gemäß § 9 Ziff. 1 eingeschlossene Vorerkrankung, Folgen von Unfällen und/oder Gebrechen zu einem Versicherungsfall führt, so gilt:
   Von den erstattungsfähigen Kosten der Heilbehandlung für die bei Beantragung des Versicherungsschutzes bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes bestehenden Vorerkrankungen, Folgen von Unfällen und/oder Gebrechen sowie den sich daraus ergebenden Beschwerden und Folgen trägt der Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung in Höhe von 5.000,– EUR je versicherte Person und angefangenem Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer verringert sich diese Selbstbeteiligung nicht. Die Leistungen des Versicherers hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,– EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit.
3. Die Bestimmungen der
   - § 2 Ziff. 6 Abschluss eigenständiger Verlängerungsvertrag
   - § 6 Ziff. 2 Beginn des Versicherungsschutzes
   - § 6 Ziff. 3 Ende des Versicherungsschutzes
   - § 7 I. Ziff. 2 Definition Versicherungsfall
   - § 7 II. Wartezeiten
   - § 8 Einschränkungen der Leistungspflicht

   bleiben unberührt.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
   a. den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
   b. den Schaden dem Versicherer unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
   c. dem Versicherer 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 zum Versicherer aufzunehmen.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
   Nach Eintritt des Versicherungsfalles bei einem Aufenthalt in den USA, den US-amerikanischen Territorien, Kanada sowie Mexiko ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person verpflichtet, sich noch vor Behandlungsbeginn an das Unternehmen MedCare International Inc. zu wenden und sich durch dieses an einen Vertrauensarzt verweisen zu lassen.
3. Die Originalrechnungen sind einzureichen bei der
   Care Concept AG
   Postfach 30 02 62
   53182 Bonn
4. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet (vgl. § 10 Ziff. 6), wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
   a. Originalbelege in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen wiedergeben. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
   b. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen. Diese sind zusammen mit der Arztrechnung, der 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 des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und Österreich;
   e. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland oder in einem Drittland;
   f. auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziff. 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im Aufenthaltsland;
   g. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland;
   h. bei einem Aufenthalt in den USA, den US-amerikanischen Territorien, Kanada sowie Mexiko besteht für den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nach Eintritt des Leistungsfalles zudem die Verpflichtung, einen geeigneten Nachweis vorzulegen, aus dem sich ergibt, dass die geltend gemachte Leistungsart Voraussetzung für die Teilnahme an der Weiterbildungsmaßnahme war. Als geeigneter Nachweis gilt ein offizielles Formular oder ein Bestätigungsschreiben der Bildungseinrichtung, in dem die einzelnen Leistungsarten genannt sind, welche für die Teilnahme an der Weiterbildungsmaßnahme nach den aktuell gültigen Mindestanforderungen mitversichert sein müssen (Waiver, Befreiungsformular etc.);
5. In Ergänzung zu § 10 Ziff. 1 bis 4 dieser Bedingungen ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person bei einem Auslandsaufenthalt in den USA, den US-amerikanischen Territorien, Kanada sowie Mexiko auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, einem Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland bzw. nach Österreich zuzustimmen, sofern ein solcher Rücktransport medizinisch sinnvoll und durchführbar ist. Die Kosten für den medizinischen Rücktransport trägt dabei der Versicherer.
   Sollte der behandlungsbedürftige Versicherungsnehmer oder die behandlungsbedürftige versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sein, die Zustimmung zum medizinisch sinnvollen Rücktransport eigenverantwortlich zu erteilen, ist hierzu ihr nächster, nach den gesetzlichen Vorschriften zur Entscheidung befugter Angehöriger berufen.
6. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung nicht erteilt und der Versicherer 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 dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.
7. Folgen von Obliegenheitsverletzungen
   Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer 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. Gastfamilienwechsel
   ein Wechsel der Gastfamilie sowie eine Fortführung des ursprünglichen Versicherungsvertrages sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 11 Erhöhter Selbstbehalt

1. Begibt sich der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person während seines/ihres Aufenthaltes in den USA, den US-amerikanischen Territorien, Kanada oder Mexiko in ärztliche Behandlung, ohne dass vor Behandlung eine Kontaktaufnahme mit dem Unternehmen MedCare International Inc. erfolgte bzw. ohne der Verweisung an einen von dort benannten Vertrauensarzt Folge zu leisten, so gilt:
   Unabhängig von den Folgen einer Obliegenheitsverletzung gemäß § 10 dieser Bedingungen wird ein Selbstbehalt in Höhe von 20 % auf alle tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten, höchstens bis zu 25.000,– EUR fällig. Der Selbstbehalt entsteht dabei für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft. Ausgenommen hiervon sind akute Erkrankungen und Unfallfolgen, die eine sofortige, nicht aufschiebbare medizinische Behandlung erfordern.
2. Stimmt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles einem medizinisch sinnvollen und durchführbaren Rücktransport nicht zu, so gilt:
   Unabhängig von den Folgen einer Obliegenheitsverletzung gemäß § 10 dieser Bedingungen wird ein Selbstbehalt für alle tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten im Reiseland in Höhe von 20 %, höchstens bis zu 25.000,– EUR fällig. Der Selbstbehalt entsteht dabei für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft.

§ 12 Auszahlung der Versicherungsleistung

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

5. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung dem Versicherer in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) gehemmt.

§ 13 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 dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Der Versicherer wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser 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 dem Versicherer abzugeben.

§ 14 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.).
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

§ 16 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

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

§ 17 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

Anschriften:

Care Concept AG
Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG Care College USA VB-KV 2024_10 (CU2024_10)

Anlage 1: Nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten gemäß § 1 Ziff. 3 d. der Versicherungsbedingungen

Berufe	Bestimmung zu den Tätigkeiten	Begrenzung des Ausschlusses
Artisten	Alle Tätigkeiten	
Bauarbeiter	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur folgende Tätigkeiten sind ausgeschlossen: Betonbauer Dachdecker Gerüstbauer Hochbaufacharbeiter Maurer Stahlbetonbauer Stuckateure Tiefbauer Zimmerer
Bergmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Berufssoldaten	Alle Tätigkeiten	
Berufstaucher	Alle Tätigkeiten	
Dompteure	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur soweit ursprüngliche Wildtiere (Raubkatzen, Elefanten etc.) domptiert werden
Fallschirmspringer	Alle Tätigkeiten	
Feuerwehrmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Hochseefischer	Alle Tätigkeiten	
Metzger	Alle Tätigkeiten	
Offshore-Arbeiter	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur unmittelbar in der Ölförderung Tätige
Prostituierte/Pornodarsteller	Alle Tätigkeiten	
Pyrotechniker	Alle Tätigkeiten	
Sicherheitskräfte	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur folgende Tätigkeiten sind ausgeschlossen: Personenschützer Wachpersonal
Sprengmeister	Alle Tätigkeiten	
Stuntmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Zerleger	Ausgewählte Tätigkeiten	Tätigkeit in der Fleischzerlegung