

Wir sind die Würzburger Versicherungs-AG. Sie sind unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer, wenn Sie den Versicherungsvertrag mit uns abschließen. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person. Sie können auch andere Personen versichert haben. Diese bezeichnen wir in den Versicherungsbedingungen ebenfalls mit „Sie“. Für eine leichtere Lesbarkeit verwenden wir in der Regel die männliche Form. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

Teil A Allgemeiner Teil	1		
1. Welchen Versicherungsschutz bietet diese Versicherung?	1	1.2.2	Ihr Versicherungsschutz endet jeweils mit dem Ende – der Auslandsreise. – des Versicherungsverhältnisses. – des Rücktransport nach Teil B Ziffer 2.10.
2. Was gilt für den Versicherungsvertrag?	2	1.2.3	Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind bzw. bereits bestanden haben, wird nicht geleistet.
3. Was müssen Sie bei der Zahlung des Beitrages beachten?	2	1.3 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?	
4. Welche Einschränkungen gelten für den Versicherungsschutz?	2	1.3.1	Der Versicherungsschutz gilt für einen Aufenthalt im Ausland zum Beispiel als: • Sprachschüler. • Schüler. • Student. • Doktorand. • Gastwissenschaftler. • Praktikant. • Teilnehmer an Programmen des Freiwilligendienstes. • Backpacker. • Work & Traveller. Dies, sofern die Versicherungsprämie gezahlt wurde. Ausgeschlossen sind: – Arbeitnehmer, die von ihrer Firma ins Ausland gesendet wurden, um dort berufliche Tätigkeiten auszuführen. – Auswanderer, die dauerhaft im Ausland leben und arbeiten werden.
5. Wie sind die Regelungen bei Ersatzansprüchen gegenüber Dritten?	2	1.3.2	Innerhalb der vereinbarten Laufzeit der Versicherung gilt der Versicherungsschutz für eine versicherte Person: 1.3.2.1 mit Heimatland Deutschlands: – für die Dauer des Aufenthaltes außerhalb Deutschlands – und, soweit vereinbart, auch vorübergehend im Heimatland, wenn der Versicherungsvertrag für mindestens 12 Monate abgeschlossen wurde. 1.3.2.2 mit Heimatland außerhalb Deutschlands: – für die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, der EU einschließlich der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen, Island und Großbritannien. – und, soweit vereinbart, auch vorübergehend im Heimatland, wenn der Versicherungsvertrag für mindestens 12 Monate abgeschlossen wurde.
Teil B Auslandsreisekrankenversicherung	3	1.3.3	Als Heimatland gilt das Land, in welchem die versicherte Person seit mindestens zwei Jahren vor Versicherungsbeginn ihren ständigen Hauptwohnsitz hatte.
1. Welche allgemeinen Regelungen gelten zur Auslandsreisekrankenversicherung?	3	1.3.4	Für Reisen außerhalb Deutschlands bieten wir Tarife mit unterschiedlichen Geltungsbereichen an (Tarife mit/ohne Versicherungsschutz für USA/Kanada). Ihre Reiseroute oder Ihr Reiseziel ändert sich? Sie möchten nun auch in nicht versicherte Länder reisen? Dann teilen Sie uns dies bitte unbeding mit. Sonst besteht die Gefahr, den Versicherungsschutz zu verlieren. Wir prüfen dann Ihren Versicherungsvertrag und passen den Tarif entsprechend an. Reist eine versicherte Person während des Versicherungszeitraumes in die USA und/oder Kanada, ist für jeden angefangenen Monat des Aufenthaltes in USA und/oder Kanada der Beitrag für Versicherungsschutz in USA und/oder Kanada zu zahlen. Ausgenommen von dieser Regelung bleiben alle Urlaubsreisen und Heimaturlaube in den USA und / oder Kanada bis zu einer maximalen Aufenthaltsdauer von 56 Tagen innerhalb des Versicherungsjahres (Heimaturlaub = 8 Wochen). Dies, wenn Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens 365 Tagen hat (siehe hierzu auch Ziffer 1.3.5).
2. Was leisten wir im Versicherungsfall?	3	1.3.5	Heimaturlaub Sie haben einen Aufenthalt im Ausland von mindestens einem Jahr geplant und den Versicherungsvertrag für diese Zeit oder länger abgeschlossen? Dann haben Sie auch vorübergehend in Ihrem Heimatland Versicherungsschutz. Maximal für 8 Wochen innerhalb eines Versicherungsjahres.
3. Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	4		
4. Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadensfall?	4		
5. Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?	5		
Teil C Reiseunfallversicherung (Zusatzschutz)	5		
1. Wann liegt ein Versicherungsfall vor?	5		
2. Welche Leistungen umfasst Ihre Reiseunfallversicherung?	5		
3. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?	6		
4. Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadensfall?	6		
5. Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?	6		
Teil D Reisehaftpflichtversicherung (Zusatzschutz)	6		
1. Wofür besteht Versicherungsschutz?	6		
2. Welche Leistungen umfasst Ihre Reisehaftpflichtversicherung?	6		
3. Welche Leistungen sind zusätzlich versichert?	7		
4. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?	7		
5. Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?	8		
Teil E Notfallversicherung (Zusatzschutz)	8		
1. Wofür besteht Versicherungsschutz?	8		
2. Welche Leistungen umfasst Ihre Notfallversicherung?	8		
3. Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?	8		
4. Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?	9		
Teil F Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	9		
Teil A Allgemeiner Teil			
1. Welchen Versicherungsschutz bietet diese Versicherung?			
1.1 Wer ist versichert?			
1.1.1 Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen.			
1.1.2 Versicherbar sind: – Bei Reisen von der Bundesrepublik Deutschland aus: Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland. – Bei Reisen in die Bundesrepublik Deutschland: Personen ohne ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.			
1.1.3 Versicherungsfähig sind Personen bis einschließlich 54 Jahre.			
1.1.4 Nicht versicherungsfähig und trotz Zahlung der Beiträge nicht versichert sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer im täglichen Leben überwiegend fremde Hilfe braucht. Außerdem sind Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist, nicht versicherungsfähig. Für die Einordnung sind vor allem der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände zu berücksichtigen.			
1.2 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?			
1.2.1 Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Frühestens mit Zahlung der Prämie. Aber nicht vor Grenzüberschreitung und nicht vor Ablauf von eventuellen Wartezeiten. Wartezeiten rechnen ab Beginn der Versicherung. Der Versicherungsschutz gilt für den im Versicherungsschein genannten Zeitraum. Längstens bis zu 24 Monate.			

2. Was gilt für den Versicherungsvertrag?

2.1 Bis wann und für welche Dauer schließen Sie den Versicherungsvertrag ab?

2.1.1 Abschluss

Schließen Sie den Vertrag vor Antritt der Reise ab. Spätestens innerhalb von 10 Tagen nach Reiseantritt. Danach ist kein Abschluss des Vertrages mehr möglich. Das Datum des Reiseantritts müssen Sie auf Verlangen nachweisen.

2.1.2 Dauer

Den Vertrag können Sie monatsweise, höchstens jedoch für 24 Monate abschließen.

2.1.3 Kündigung

Den Vertrag können Sie täglich zum Monatsende kündigen. Er endet außerdem zum vereinbarten Zeitpunkt, auch wenn die versicherte Person nicht ausreist. Alternativ zum Ausreisezeitpunkt, wenn der Aufenthalt vorzeitig beendet wird. Auf Verlangen müssen Sie die Nichtausreise oder das vorzeitige Ende des Aufenthaltes innerhalb von zwei Wochen nachweisen.

Sollten Sie nicht gleichzeitig die versicherte Person sein, gilt folgendes: Die Kündigung durch Sie wird nur wirksam, wenn die betroffene versicherte Person Kenntnis erlangt hat. Dies müssen Sie entsprechend nachweisen. Die versicherte Person kann den Vertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortsetzen. Die Erklärung hierüber muss vor Ablauf des Vertrages abgegeben werden.

2.1.4 Nach Eintritt eines versicherten Schadenfalls können Sie und wir den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung muss in Textform erklärt werden.

Wann muss die Kündigung zugegangen sein? Spätestens einen Monat nach Leistung oder Ende des Rechtsstreits.

Kündigen wir den Vertrag? Dann wird die Kündigung einen Monat nach Zugang der Kündigung wirksam. Keinesfalls jedoch vor Beendigung der laufenden Reise.

Kündigen Sie den Vertrag? Dann können Sie bestimmen, wann die Kündigung wirksam wird. Spätestens aber zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

2.1.5 Verlängerung

Sie haben zunächst eine kürzere Versicherungsdauer beantragt? Dann können Sie während des laufenden Versicherungsvertrages eine Verlängerung bis zur maximalen Versicherungsdauer beantragen. Der Antrag muss spätestens 14 Tage vor Ablauf des Versicherungsvertrages gestellt werden. Es bedarf unserer ausdrücklichen Zustimmung einer Verlängerung.

Bei Verlängerung des Vertrages sind Krankheiten, Beschwerden und Unfälle sowie deren Folgen, die während der Laufzeit des ursprünglich beantragten Zeitraums eingetreten sind, weiterhin versichert.

2.2 Wann zahlen wir Entschädigung?

2.2.1 Wir zahlen, wenn:

- Unsere Pflicht zu leisten dem Grunde und der Höhe nach festgestellt ist.
- Uns die Rechnungen im Original und notwendigen Nachweise vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

2.2.2 Wir rechnen Ihre Kosten in ausländischer Währung in Euro um. Umgerechnet wird zum Tageskurs, an dem wir die Belege erhalten. Es gilt der amtliche Devisenkurs. Außer Sie kauften die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen zu einem ungünstigeren Kurs. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Folgende Kosten können wir vom Erstattungsbetrag abziehen:

- Kosten für die Überweisung in das Ausland außerhalb des SEPA-Raums.
- Kosten für besondere Überweisungsformen, die Sie beauftragten.

2.2.3 Vielleicht haben Sie auch bei anderen Versicherern Versicherungsschutz für Reisen. Haben Sie deshalb Ansprüche aus anderen Verträgen, sind diese vorrangig (Subsidiarität).

Ihnen stehen insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu. Haben Sie einen Anspruch auf Leistung bei mehreren Versicherern? Dann können Sie wählen, wem Sie den Schaden melden.

Wenn Sie den Schaden zuerst uns melden, erstatten wir Ihnen die Kosten, die in diesem Tarif versichert sind. Danach werden wir mit den anderen Versicherern klären, ob und wie sie sich an den Kosten beteiligen.

2.2.4 Wir leisten an Sie. Auch der Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen ist zum Empfang von Versicherungsleistungen berechtigt. Haben wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders? Dann werden wir nicht an ihn leisten.

2.3 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Antrag, auch Online-Antrag.
- dem Versicherungsschein.
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- Besonderem schriftlichen Vereinbarungen und den Besonderen Bedingungen.

Außerdem gelten die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland. Falls internationales Recht nicht entgegensteht. Dies gilt vor allem für die im Anhang aufgeführten Gesetzesbestimmungen, die Inhalt des Vertrages sind.

Wir betreiben diese Versicherung in Form der Schadenversicherung gegen feste Prämie.

Hinweis zum Datenschutz:

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihre Rechte dazu finden Sie unter: <https://www.travelsecure.de/ueberuns/datenschutz.html>. Sie können diese auch bei uns anfordern.

2.4 Welches Gericht ist zuständig?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem

- wir unseren Sitz haben.
- Sie Ihren ständigen Wohnsitz haben.
- Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem

- Sie Ihren Wohnsitz haben.
- Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

2.5 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie in Textform an uns senden. Beispielsweise per

- Brief.
- Fax.
- E-Mail.
- elektronischem Datenträger.

Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht berechtigt.

3. Was müssen Sie bei der Zahlung des Beitrages beachten?

3.1 Was müssen Sie bei der Zahlung des ersten Beitrages beachten?

3.1.1 Der erste oder einmalige Beitrag ist sofort fällig, nachdem Sie den Versicherungsschein erhalten. Aber frühestens zum vereinbarten Beginn der Versicherung.

3.1.2 Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, werden die Bestimmungen des § 37 Versicherungsvertragsgesetz angewandt. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir vom Vertrag zurücktreten und sind dann von der Pflicht zur Leistung befreit.

3.2 Was ist bei der Zahlung der Folgebeiträge zu beachten?

3.2.1 Die Folgebeiträge werden zum jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

3.2.2 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, finden die Bestimmungen des § 38 Versicherungsvertragsgesetz Anwendung. Unter den dort genannten Voraussetzungen müssen wir nicht leisten oder können den Vertrag kündigen.

3.3 Was gilt für die Höhe des Beitrags?

Die Prämie richtet sich nach dem Alter der versicherten Person und dem gewählten Geltungsbereich.

Ab dem 13. Monat erhöht sich der monatliche Beitrag gemäß dem vereinbarten Tarif.

3.4 Was gilt für den Beitragseinzug?

3.4.1 Haben wir mit Ihnen Beitragseinzug per Lastschrift vereinbart?

Dann ziehen wir unverzüglich nach Mandatserteilung ein. Frühestens zum vereinbarten Beginn der Versicherung.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn wir den Beitrag am Abbuchungstag einziehen können und Sie der Lastschrift nicht widersprechen.

Sie gilt ebenfalls als rechtzeitig, wenn

- Sie den fehlgeschlagenen Einzug nicht verschuldet haben.
- Sie die Zahlung unverzüglich nach unserer Aufforderung vornehmen.

3.4.2 Zahlen Sie mit Kreditkarte, gilt der Beitrag mit positiver Autorisierung des Kreditkartenunternehmens als gezahlt.

3.4.3 Zahlen Sie über andere Zahlungswege, gilt der Beitrag mit positiver Autorisierung bzw. Zahlungseingang bei uns als gezahlt. Andere Zahlungswege sind z. B. PayPal oder Sofort-Überweisung.

4. Welche Einschränkungen gelten für den Versicherungsschutz?

Wir leisten nicht beim Versuch arglistig zu täuschen. Und zwar über Umstände, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind. Wir leisten nicht, wenn Sie den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die Einschränkungen des Versicherungsschutzes in Teil B und Teil C Ziffer 3, sowie in Teil D Ziffer 4.

5. Wie sind die Regelungen bei Ersatzansprüchen gegenüber Dritten?

5.1 Was gilt bei Ersatzansprüchen gegen Dritte?

Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf uns über. Daraus darf der versicherten Person kein Nachteil entstehen. Die versicherte Person muss in diesem Rahmen Ersatzansprüche an uns abtreten.

5.2 Was gilt für Leistungsverpflichtungen aus anderen Verträgen?

Leistungsverpflichtungen aus anderen Verträgen gehen unserer Eintrittspflicht vor. Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Besteht Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, leisten wir nur für die Aufwendungen, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage von Rechnungsbelegen im Original zunächst uns in Anspruch, treten wir in Vorleistung.

Teil B Auslandsreisekrankenversicherung

1. Welche allgemeinen Regelungen gelten zur Auslandsreisekrankenversicherung?

1.1 Was ist versichert?

Wir leisten bei einem während der versicherten Reise eintretenden Versicherungsfall.

1.2 Was ist ein Versicherungsfall?

Ein Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalles. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlung mehr notwendig ist. Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen

- wegen Beschwerden während der Schwangerschaft.
- wegen Frühgeburten.
- wegen Fehlgeburten.

Außerdem gelten als Versicherungsfall auch

- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche.
- Entbindungen wegen Früh- und Fehlgeburten.
- der medizinisch sinnvolle und vertretbare Kranken-Rücktransport.
- der Tod.

Die Schwangerschaft hat bei Beginn des Versicherungsvertrages noch nicht bestanden? Dann besteht auch Versicherungsschutz für die Kosten von Vorsorgeuntersuchungen und Entbindungen. Die Wartezeit beträgt in diesem Fall 8 Monate.

Es entsteht ein neuer Versicherungsfall, wenn die Heilbehandlung ausgedehnt werden muss. Und zwar auf eine Krankheit oder Folge eines Unfalls, die nicht die gleiche Ursache hat wie die bisher behandelte. Was wir im Versicherungsfall leisten, lesen Sie unter Teil B Ziffer 2. Bitte lesen Sie auch Teil B Ziffer 3 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, in welchen Fällen wir nicht oder eingeschränkt leisten.

1.3 Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Wählen Sie frei unter folgenden im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen

- Ärzten.
- Zahnärzten.
- Krankenhäusern.

Das Krankenhaus muss unter ständiger ärztlicher Leitung stehen.

1.4 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?

Wir leisten für

- Untersuchungen.
- Behandlungen.
- Arzneimittel.

Falls diese von der Schulmedizin anerkannt sind.

Wir leisten auch für andere Methoden und Arzneimittel. Wenn diese

- sich in der Praxis ebenso bewährt haben.
- nur statt Schulmedizin verfügbar sind.

Bei Anwendung dieser Methoden können wir die Leistungen reduzieren. Und zwar auf den Betrag, der bei schulmedizinischer Behandlung angefallen wäre.

2. Was leisten wir im Versicherungsfall?

Im Versicherungsfall ersetzen wir die nachfolgenden Kosten. Sofern der Versicherungsfall nach Versicherungsbeginn und nach Ablauf der Wartezeiten eingetreten ist.

Erstattet werden die Aufwendungen für die im Geltungsbereich notwendige ärztliche Hilfe.

Innerhalb Deutschlands vergüten wir Leistungen folgendermaßen:

- Ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen höchstens mit dem 2,3-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder für Zahnärzte (GOZ).
- Überwiegend medizinisch-technische Leistungen höchstens mit dem 1,8-fachen Satz der GOÄ/GOZ.
- Laborleistungen höchstens mit dem 1,15-fachen Satz der GOÄ/GOZ.
- Die Kosten stationärer Behandlung erstatten wir nach dem jeweils geltenden Regelsatz der gebietszuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse.

Nicht erstattet werden sonstige Wahlleistungen und gesondert berechenbare Kosten für eine bessere Unterbringung (1- oder 2-Bettzimmer).

2.1 Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlungen.

2.2 Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen?

Wir erstatten die Kosten für

2.2.1 den medizinisch notwendigen Transport in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus

- zur stationären Behandlung.
- im Anschluss an die Erstversorgung beim Notfallarzt.
- mit Rettungsdiensten.

Dies gilt auch für den Transport zurück in die Unterkunft.

Erweist sich die stationäre Behandlung im Nachhinein als nicht notwendig? Wir leisten auch, wenn Sie ambulant weiterbehandelt werden.

2.2.2 die Heilbehandlung inklusive Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus.

2.2.3 die notwendigen Operationen und Operationsnebenkosten.

2.2.4 einen Krankenbesuch einer nahestehenden Person. Wenn feststeht, dass Sie länger als fünf Tage im Krankenhaus bleiben müssen. Bei Ankunft des Besuchs darf der stationäre Aufenthalt noch nicht abgeschlossen sein. Auf Ihren Wunsch hin organisieren wir die Reise zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und zurück zum Wohnort. Wir übernehmen die Hin- und Rückreisekosten. Bei der Wahl des Beförderungsmittels berücksichtigen wir die wirtschaftliche Verhältnismäßigkeit.

2.3 Welche Kosten übernehmen wir bei Rehabilitationsmaßnahmen?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung.

2.4 Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen?

2.4.1 Wir erstatten die Kosten für notwendige

- schmerzstillende Zahnbehandlungen.
- Zahnfüllungen in einfacher Ausführung.

2.4.2 Ihr Zahnersatz muss repariert werden? Dann übernehmen wir ebenfalls die Kosten in Höhe von max. 2.500 EUR pro Versicherungsjahr.

Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten:

- Stiftzähne
- Einlagefüllungen
- Überkronungen
- Brücken

2.4.3 Ihr Zahnersatz ist aufgrund eines Unfalls erstmals erforderlich oder muss repariert werden? Dann übernehmen wir die Kosten in Höhe von max. 2.500 EUR pro Versicherungsjahr.

2.5 Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige und von unter Teil B Ziffer 1.3 genannten Behandlern verordnete:

2.5.1 Medikamente und Verbandmittel, nicht jedoch Nähr- und Stärkungsmittel oder kosmetische Präparate.

2.5.2 Heilmittel. Dies sind

- Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen.
- Massagen.
- medizinische Packungen.
- Inhalationen.
- Krankengymnastik

2.5.3 Wir erstatten die Mietgebühr für Hilfsmittel in einfacher Ausführung. Falls Sie diese während Ihrer Reise zur Gewährleistung einer vorübergehenden Versorgung benötigen. Falls eine Leihe nicht möglich ist, erstatten wir den Kaufpreis.

Sofern Reparaturen an bereits vorhandenen Hilfsmitteln erforderlich sind, übernehmen wir diese bis zu einem Betrag von 1.000 EUR pro Versicherungsjahr. Dies nach vorheriger schriftlicher Zusage durch uns.

Wir erstatten keine Kosten für Hörgeräte und Sehhilfen. Hierzu zählen z. B. Brillen oder Kontaktlinsen.

2.6 Was leisten wir bei Schwangerschaft?

2.6.1 Sofortiger Versicherungsschutz besteht für:

- durch Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen.
- eine Heilbehandlung bei einer Fehlgeburt.
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche.
- eine Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche.

2.6.2 Wir erstatten die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und Entbindungen nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten. Allerdings darf die versicherte Person bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages nicht schwanger gewesen sein.

Dies umfasst die Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft. Die Aufwendungen für Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft erstatten wir in folgendem Umfang:

- die Aufwendungen für das erste Screening vom Beginn der 9. bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche.
- für das zweite Screening vom Beginn der 19. bis zum Ende der 22. Schwangerschaftswoche.
- für das 3. Screening vom Beginn der 29. bis zum Ende der 32. Schwangerschaftswoche.

Weitere Ultraschalluntersuchungen erstatten wir nur bei medizinischer Indikation (Auffälligkeiten und Komplikationen) und nach vorheriger schriftlicher Zusage durch uns.

2.7 Was leisten wir im Rahmen einer Frühgeburt für Neugeborene?

Bei einer Frühgeburt vor Ende der 36. Schwangerschaftswoche ersetzen wir auch die Kosten für die notwendige Heilbehandlung des neugeborenen Kindes. Sofern das Neugeborene gem. Teil B Ziffer 2.8 über uns versichert wird. Andere Versicherungen gehen dieser Versicherung vor.

2.8 Was gilt für die Versicherung von Neugeborenen?

Neugeborene können ab ihrer Geburt zum Tarif ihrer Eltern mitversichert werden. Dies sofern:

- Das Neugeborene innerhalb von 2 Monaten nach der Geburt rückwirkend bei uns versichert wird.
- Der Versicherungsvertrag eines Elternteils seit mindestens 3 Monaten ununterbrochen bei uns besteht.

2.9 Was leisten wir bei psychischen Behandlungen?

Wir erstatten die Kosten für die ambulante oder stationäre ärztliche Erstbehandlung bei erstmalig akut auftretenden psychischen Erkrankungen bis zu einem Betrag von 1.000 EUR pro Versicherungsjahr.

2.10 Was leisten wir bei einem Rücktransport?

Benötigen Sie einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus an Ihrem Wohnort?

Wir organisieren ihn und ersetzen die Kosten, falls eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar.
- Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Dauer der Behandlung im Krankenhaus im Ausland voraussichtlich 14 Tage.
- Die weitere Heilbehandlung im Ausland kostet voraussichtlich mehr als der Rücktransport.

Wir übernehmen die Transportkosten für eine mitversicherte Person, die Sie auf dem Rücktransport begleitet. Dies, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

2.11 Was leisten wir bei einer Bergung?

Ihnen sind nach einem Unfall Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze von Rettungsdiensten entstanden?

Wir erstatten hierfür die Kosten bis zu einem Betrag von 10.000 EUR. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

2.12 Was leisten wir, wenn der Versicherte stirbt?

Wir organisieren die Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz und übernehmen die zusätzlichen Kosten dafür. Alternativ erstatten wir die Kosten, um den Verstorbenen im Reiseland zu bestatten. Höchstens die Kosten, die bei einer Überführung entstanden wären.

2.13 Was gilt für die Erstattung von Telefonkosten?

Im Versicherungsfall erstatten wir nachgewiesene Telefonkosten für Anrufe bei unserem Notruf-Service.

2.14 Welche zusätzlichen Serviceleistungen bieten wir?

Wir unterstützen Sie im Versicherungsfall bei folgenden Themen:

- Abgabe von Erklärungen zur Kostenübernahme vor Ort (Krankenrücktransport, Reise- und Überführungskosten u.a.).
- Wurden alle versicherten und mitgereisten erwachsenen Personen zurücktransportiert oder sind verstorben? Dann organisieren wir die Rückholung des Reisegepäckes und übernehmen dafür die Mehrkosten.

2.15 Wann verlängern wir den Versicherungsschutz über die vereinbarte Dauer hinaus?

In Ergänzung zu Teil A Ziffer 1.2.2 verlängern wir die Dauer Ihres Versicherungsschutzes. Und zwar wenn die Rückreise aus medizinischen Gründen innerhalb des versicherten Zeitraums nicht möglich ist. Die Dauer des Versicherungsschutzes verlängert sich in diesem Fall, bis Sie wieder transportfähig sind.

3. Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

3.1 In welchen Fällen sind wir leistungsfrei?

In folgenden Fällen leisten wir nicht:

- Die versicherte Person täuscht uns nach Eintritt des Versicherungsfalles durch unzutreffende Angaben.
- Die versicherte Person begeht einen Täuschungsversuch durch unzutreffende Angaben.

Die Umstände, die von der Täuschung betroffen sind, müssen für die Leistungspflicht nach Grund und/oder Höhe von Bedeutung sein.

3.2 In welchen Fällen leisten wir nicht?

Wir leisten nicht für:

- Behandlungen und andere ärztlich oder zahnärztlich verordnete Maßnahmen, die Anlass für den Aufenthalt sind.
- Krankheiten einschließlich Folgen, die innerhalb von 12 Monaten vor Beginn der Versicherung bereits diagnostiziert oder der versicherten Person bekannt waren. Dies gilt auch für Schwangerschaften, bei denen die Konzeption (Befruchtung) bereits vor Beginn der Versicherung lag (außer bei Komplikationen, siehe hierzu Teil B Ziffer 2.6.1).

Ferner auch Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen. Sofern die versicherte Person vor Reiseantritt oder bei Versicherungsabschluss von der Notwendigkeit wusste oder damit rechnen musste.

- Behandlungen von Tuberkulose, Diabetes, Tumoren sowie für Dialysebehandlungen. Dies sofern die Erkrankung bzw. die Behandlungsnotwendigkeit bereits bei Beginn der Versicherung bestand oder bekannt war.
- Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen.
- Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen und Reparaturen von Zahnersatz / Provisorien hinausgehen (wie Neuanfertigung von Zahnersatz)
- kieferorthopädische und implantologische Maßnahmen.
- Massagen- und Wellness-Behandlungen sowie die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln, soweit Versicherungsschutz nicht ausdrücklich vereinbart ist.
- Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten und deren Folgen einschließlich Kranken-Rücktransport.
- Unfall- oder Krankheitskosten hervorgerufen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Missbrauch von Alkohol, Drogen, Rausch- oder Betäubungsmittel, Schlaftabletten oder sonstigen narkotischen Stoffen beruhen.
- Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen.
- Schwangerschaftsunterbrechungen, soweit nicht medizinisch indiziert und deren Folgen einschließlich Kranken-Rücktransport.
- durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung einschließlich Kranken-Rücktransport.
- die Behandlung von Geistes- und Gemütskrankheiten, sowie Hypnose und Psychotherapie einschließlich der hierfür verwendeten Arzneimittel und Kranken-Rücktransport, sofern nichts anderes vereinbart ist.
- Kur- und Sanatoriums-Behandlungen.
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die weder im jeweiligen Aufenthaltsland noch in der Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind.
- Behandlungen durch Ehegatten/Lebensgefährten, Eltern und Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden nach Tarif erstattet.
- durch Streik, innere Unruhen, Kriege, Kernenergie, Eingriffe von hoher Hand, Teilnahme an Expeditionen und Vorsatz entstandene Erkrankungen oder Unfälle.
- Suizid und versuchter Suizid.

4. Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadensfall?

4.1 Was müssen Sie zur Kostenminderung berücksichtigen?

Sie müssen den Schaden möglichst gering halten und unnötige Kosten vermeiden. Dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit müssen Sie zustimmen. Dies, sofern wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlung genehmigen.

4.2 Wann müssen Sie unverzüglich mit uns Kontakt aufnehmen?

Sie oder die versicherte Person müssen unverzüglich Kontakt mit unserem weltweiten Notfall-Service aufnehmen. Und zwar im Fall einer stationären Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

4.3 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?

4.3.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie oder die versicherte Person:

- jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, zu unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit).
- die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht ermöglichen.

Dies bedeutet, dass alle Angaben gemacht werden, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit).

4.3.2 Wir können ebenfalls verlangen, dass zum Nachweis die Rechnungsbelege im Original eingereicht werden. Außerdem können wir verlangen, dass die versicherte Person die Ärzte von der Schweigepflicht entbinden. Es muss uns gestattet werden, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.

4.3.3 Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zusteht, muss auch dieser die vertraglichen Pflichten erfüllen. Dies sind Auskunfts- und Aufklärungspflicht und Belegbeschaffung.

4.4 Welche Informationen müssen aus den Belegen hervorgehen?

4.4.1 Alle Belege müssen folgende Informationen enthalten:

- Namen des Behandlers;
- Vor- und Zunamen der behandelten Person;
- Geburtsdatum der behandelten Person;
- Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten.

4.4.2 Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen tragen.

5. Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?

5.1 Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Leistung?

Die versicherte Person verliert den Anspruch auf Leistung, wenn sie:

- entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder falsche Angaben macht.
- uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung stellt.
- sonstige vertragliche Obliegenheiten verletzt.

5.2 Was gilt bei grober Fahrlässigkeit?

Bei grob fahrlässigem Verstoß gegen diese Obliegenheiten verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig. Wir können aber die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen.

Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.

5.3 Wann leisten wir trotz Pflichtverletzung?

Auch wenn die versicherte Person die vertraglichen Obliegenheiten verletzt, müssen wir weiterhin leisten.

Dies gilt dann, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Obliegenheiten nicht ursächlich für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht war.

5.4 Was gilt bei vollständiger oder teilweiser Leistungsfreiheit?

Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungspflicht folgende Voraussetzung:

Wir müssen die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hinweisen.

5.5 Was gilt bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten?

Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir leistungsfrei.

Teil C Reiseunfallversicherung (Zusatzschutz)

1. Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird. Bei Riss und Zerrung von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln sprechen wir auch von einem Unfall.

2. Welche Leistungen umfasst Ihre Reiseunfallversicherung?

Wir erbringen, soweit vereinbart, Versicherungsleistungen aus der vereinbarten Versicherungssumme. Und zwar wenn ein Unfall während des versicherten Aufenthaltes zum Tod oder zu dauernder Invalidität der versicherten Person führt. Außerdem für unfallbedingte kosmetische Operationen.

2.1 Leistungen bei Invalidität

- 1) Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann. Tritt dies ein, entsteht ein Anspruch aus der für den Invaliditätsfall versicherten Grundsumme.
- 2) Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein. Diese muss spätestens vor Ablauf einer weiteren Frist von drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht worden sein.

2.1.1 Höhe der Leistung

- 1) Die Höhe der Leistung bemisst sich nach dem Grad der Invalidität. Als feste Invaliditätsgrade gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehenden Körperteile oder Sinnesorgane:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchs- oder Geschmackssinn	10 %

Dies gilt unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität.

2) Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

3) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit mehrerer Körperteile der gleichen Extremität, gehen wir bei der Bemessung des Invaliditätsgrades vom übergeordneten Körperteil aus. Beispielsweise gehen wir bei Hand und Finger vom Handwert und nicht vom Fingerwert aus. Eine Addition der Prozentwerte des Invaliditätsgrades der betroffenen Körperteile der gleichen Extremität erfolgt nicht. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt dies entsprechend.

4) Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad nach der Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit. Dabei werden ausschließlich medizinische Gesichtspunkte berücksichtigt.

5) Gab es bereits vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung von betroffenen Körperteilen, Sinnesorganen oder deren Funktionen, wird dies berücksichtigt. Und zwar wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese wird nach Teil C Ziffer 2.1.1 (1), (2) bemessen.

6) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Dies gilt nicht für Teil C Ziffer 2.1.1 (1). Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

7) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

8) Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre. Und zwar in folgenden Fällen:

- Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall mit Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall und ist ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden.

2.1.2 Progressionsstaffel 350 %

Führt ein Unfall nach Teil C Ziffer 1 nach den Bemessungsgrundsätzen gem. Teil C Ziffer 2.1 zu einer dauernden Invalidität, werden bei der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- Für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die einfache Invaliditätssumme;
- Für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
- Für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

2.1.3 Auszahlung der Versicherungsleistung wegen dauernder Invalidität

1) Wir müssen innerhalb von drei Monaten erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen.

Und zwar sobald uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen und
- Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens.

2) Erkennen wir den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb von zwei Wochen.

3) Innerhalb eines Jahres nach dem Unfall kann die Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens nur bis zur Höhe der Todesfallsumme beansprucht werden.

4) Die versicherte Person und wir können den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen lassen. Und zwar längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls. Dieses Recht muss von uns mit Abgabe der Erklärung entsprechend Teil C Ziffer 2.1.3 (1) ausgeübt werden. Die versicherte Person muss dieses Recht vor Ablauf der Frist ausüben. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir sie bereits erbracht haben, so müssen wir den Mehrbetrag mit 5 % jährlich verzinsen.

2.2 Leistungen im Todesfall

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod der versicherten Person, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme an die Erben.

2.3 Leistungen für unfallbedingte kosmetische Operationen

1) Wir leisten im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene Arztkosten und sonstige Operationskosten. Außerdem für notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus. Dies sofern die Körperoberfläche der versicherten Person durch den Unfall (nach Teil C Ziffer 1) derart beschädigt oder verformt ist, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person dauernd beeinträchtigt ist.

2) Die versicherte Person hat sich innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall einer kosmetischen Operation oder klinischen Behandlung unterzogen. Und zwar zur Behebung der unfallbedingten Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes. Der Beginn der Behandlung muss uns im Vorfeld anzeigen werden.

3) Kein Ersatz wird geleistet für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten. Ebenso ausgeschlossen ist der Ersatz der Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege. Dies soweit nicht die Hinzuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wurde.

3. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?

3.1 Leistungsfreiheit

Wir müssen in folgenden Fällen nicht leisten:

- Die versicherte Person täuscht uns nach Eintritt des Versicherungsfalles durch unzutreffende Angaben.
- Die versicherte Person begeht einen Täuschungsversuch durch unzutreffende Angaben.

Die Umstände, die von der Täuschung betroffen sind, müssen für die Leistungspflicht nach Grund und/oder Höhe von Bedeutung sein.

3.2 Leistungsausschlüsse

Wir leisten nicht für:

- Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen. Außerdem durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- Unfälle, die der versicherten Person bei vorsätzlicher Ausführung einer Straftat oder dem Versuch einer Straftat zustoßen.
- Unfälle, die der versicherten Person durch Teilnahme an Fahrtveranstaltungen und Übungsfahrten mit Motorfahrzeugen zustoßen. Dies gilt, wenn diese Veranstaltungen auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ausgerichtet sind. Die versicherte Person darf dabei weder Fahrer, Beifahrer noch Insasse sein.
- Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräte) sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs.
- Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen und andere im Einverständnis mit der versicherten Person vorgenommene Eingriffe in ihren Körper. Dies gilt nicht, wenn diese durch den Unfall bedingt sind.
- Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Infektionen und Vergiftungen.
- Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass der Unfall die überwiegende Ursache ist.
- Bauch- oder Unterleibsbrüche.
- Unfälle, die durch die Teilnahme an Streik, inneren Unruhen, Kriegsereignissen, Expeditionen, Vorsatz, Kernenergie und Eingriffe von hoher Hand entstanden sind.

3.3 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

Bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen bei der durch den Unfall hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, erfolgt eine Leistungskürzung. Und zwar wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt. Allerdings nur, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

4. Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadensfall?

4.1 Verpflichtung zur Kostenminderung

Die versicherte Person muss den Schaden möglichst gering halten und unnötige Kosten vermeiden.

4.2 Unverzügliche Kontaktaufnahme

Im Versicherungsfall müssen Sie unverzüglich Kontakt mit uns aufnehmen.

4.3 Verpflichtung zur Auskunft

- 1) Nach Eintritt des Versicherungsfalles muss die versicherte Person:
 - jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, zu unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit).
 - die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht ermöglichen.

Dies bedeutet, dass die versicherte Person alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit).

- 2) Wir können ebenfalls verlangen, dass zum Nachweis die Rechnungsbelege im Original eingereicht werden.
Es muss uns gestattet werden, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.
- 3) Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zusteht, muss auch dieser die vertraglichen Pflichten erfüllen. Dies sind Auskunfts- und Aufklärungspflicht und Belegbeschaffung.

4.4 Weitere Verpflichtungen

- 1) Die versicherte Person muss sich von den von uns beauftragten Ärzten untersuchen lassen. Die für die Untersuchung notwendigen Kosten tragen wir.
- 2) Außerdem müssen die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer und Behörden von der Schweigepflicht entbunden werden.
- 3) Die versicherte Person muss uns den Tag der beabsichtigten Ausreise in ihr Heimatland mitteilen. Und zwar mindestens einen Monat vor Abreise.
- 4) Hat der Unfall den Tod der versicherten Person zur Folge, muss uns dies innerhalb von 48 Stunden gemeldet werden. Dies gilt auch, wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Sie müssen uns das Recht verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

5. Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?

5.1 Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Leistung?

Die versicherte Person verliert den Anspruch auf Leistung, wenn sie:

- entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder falsche Angaben macht.
- uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung stellt.
- sonstige vertragliche Obliegenheiten verletzt.

5.2 Was gilt bei grober Fahrlässigkeit?

Bei grob fahrlässigem Verstoß gegen diese Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig. Wir aber können die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.

5.3 Wann leisten wir trotz Pflichtverletzung?

Auch wenn die versicherte Person die vertraglichen Obliegenheiten verletzt, müssen wir weiterhin leisten. Dies gilt dann, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Obliegenheiten nicht ursächlich für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht war.

5.4 Was gilt bei vollständiger oder teilweiser Leistungsfreiheit?

Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit folgende Voraussetzung: Wir müssen die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hinweisen.

5.5 Was gilt bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten?

Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir leistungsfrei.

Teil D Reisehaftpflichtversicherung (Zusatzschutz)

1. Wofür besteht Versicherungsschutz?

1.1 Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens

- 1) Wir bieten, sofern vereinbart, Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Dies gilt dann, wenn die versicherte Person während des Aufenthaltes wegen eines Schadenereignisses aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.
- 2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson.
Und zwar bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens insbesondere:
 - als Familien- und Haushaltsvorstand (z. B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige).
 - als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb).
 - aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in Teil D Ziffer 4.4 (3) genannten Sportarten).
 - als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken. Die Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sind nicht versichert.
- 3) Schadenereignisse sind Tod, Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) zur Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden).

2. Welche Leistungen umfasst Ihre Reisehaftpflichtversicherung?

2.1 Prüfung der Haftpflichtfrage und Ausgleich berechtigter Ansprüche

- 1) Der Versicherungsschutz umfasst:
 - die Prüfung der Haftpflichtfrage;
 - die Abwehr unberechtigter Ansprüche auf Schadenersatz;
 - die Freistellung der versicherten Person von berechtigten Schadenersatzansprüchen.
- 2) Berechtig sind Schadenersatzansprüche dann, wenn die versicherte Person zur Entschädigung verpflichtet ist und wir hierdurch gebunden sind. Dies kann eine Verpflichtung aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleichs zur Entschädigung sein. Wir sind an Anerkenntnisse und Vergleiche, die von der versicherten Person ohne unsere Zustimmung abgegeben oder geschlossen worden sind, gebunden. Allerdings nur, insoweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.
- 3) Wir müssen die versicherte Person binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freistellen. Allerdings erst, wenn die Schadenersatzverpflichtung der versicherten Person mit bindender Wirkung für uns festgestellt wurde. Wir sind zur Prozessführung bevollmächtigt. Und zwar dann, wenn es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadenersatzansprüche gegen Sie oder eine versicherte Person kommt. Wir führen den Rechtsstreit in Ihrem Namen oder im Namen des Mitversicherten auf unsere Kosten.

2.2 Kosten eines Rechtsstreits

Wir tragen die Kosten für einen Verteidiger der versicherten Person, wenn es sich um ein Strafverfahren mit möglichem Haftpflichtanspruch handelt. Dieser muss allerdings unter den Versicherungsschutz fallen. Es werden sowohl die gebührenordnungsmäßigen Kosten als auch die mit uns besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers übernommen. Und zwar dann, wenn in einem Strafverfahren wegen eines Schadeneignisses die Bestellung eines Verteidigers von uns gewünscht oder genehmigt wurde.

3. Welche Leistungen sind zusätzlich versichert?

3.1 Schäden am Hausrat des Gastfamilienhaushalts

- 1) Eingeschlossen ist die gesetzliche Haftpflicht aus der Beschädigung des Hausrats der Gastfamilie, die fahrlässig durch die versicherte Person herbeigeführt wurden.
- 2) Zum Hausrat gehören die Einrichtung (sofern nicht fest mit dem Gebäude verbunden) und die Gegenstände des täglichen Gebrauchs mit Ausnahme der Verbrauchsgüter (z. B. Lebensmittel etc.).
- 3) Ausgeschlossen sind
 - Haftpflichtansprüche wegen
 - Schäden an elektronischen Geräten aller Art (z.B. PC, Handy, Notebook, Laptop, TV, etc.);
 - alle sonstigen Schäden, soweit sich die Gastfamilie hiergegen besonders versichern kann;
 - Abnutzung, Verschleiß und übermäßige Beanspruchung;
 - Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- u. Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- u. Gasgeräten.
 - unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadensereignissen fallenden Rückgriffsansprüche.
- 4) Die Höchstersatzleistung ist im Rahmen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen vereinbarten Sachschaden- bzw. Pauschaldeckungssumme je Schadeneignis und je versicherter Person auf 2.500 EUR begrenzt.
- 5) Von jedem Schaden dieser Art haben Sie bzw. die versicherte Person 10 % des erstattungsfähigen Schadens, mind. 150 EUR selbst zu tragen (Selbstbehalt).

3.2 Mitversicherung des Schlüsselverlustrisikos

- 1) Eingeschlossen ist die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandeln von fremden privaten Wohnungsschlüsseln und fremden beruflichen Schlüsseln, die sich rechtmäßig im Gewahrsam der versicherten Person befinden haben. Der Versicherungsschutz umfasst die Kosten für die notwendige Auswechslung von Schlössern und Schließanlagen sowie vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (Notschloss) und – falls erforderlich – einen Objektschutz bis zu 2 Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an welchem der Verlust des Schlüssels festgestellt wurde.
- 2) Ausgeschlossen bleiben
 - Folgeschäden, die sich aus einem Schlüsselverlust ergeben (z. B. Einbruch);
 - die Haftungen aus dem Verlust von Schlüsseln zu beweglichen Sachen (auch Tresor- und Möbelschlüssel).
- 3) Die Höchstersatzleistung ist die Rahmen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen vereinbarten Sachschaden- bzw. Pauschaldeckungssumme je Schadeneignis und je versicherter Person auf 250 EUR begrenzt.

3.3 Mietsachschäden

- 1) aus der Benutzung der zur Unterkunft auf Reisen vorübergehend zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden (z. B. Hotel- u. Pensionszimmer, Ferienwohnungen, Bungalows) sowie der Räume, deren Benutzung in Zusammenhang mit der Beherbergung vorgesehen und gestattet ist (z. B. Speiseräume, Gemeinschaftsbäder). Die Deckungssumme beträgt je Mietsachschadeneignis 10.000 EUR.
- 2) Ausgeschlossen sind jedoch
 - Haftpflichtansprüche wegen
 - Schäden an beweglichen Sachen wie Bildern, Mobiliar, Fernsehapparaten, Geschirr etc.;
 - Abnutzung, Verschleiß und übermäßige Beanspruchung;
 - Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- u. Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- u. Gasgeräten.
 - unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadensereignissen fallenden Rückgriffsansprüche.
- 3) Von jedem Schaden dieser Art haben Sie bzw. die versicherte Person 20 % des erstattungsfähigen Schadens, mind. 50 EUR selbst zu tragen (Selbstbehalt).

3.4 Abschiebekosten

- 1) Eingeschlossen ist die Zusatzleistung für Abschiebekosten für versicherte Aufenthalte in der Bundesrepublik Deutschland.
Bei behördlich angeordneter Abschiebung einer versicherten Person stattet der Versicherer die gegen den Einladenden gem. §§ 765, 773 BGB i.V. mit §§ 66 Abs. 2, 67 und 68 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) geltend gemachten, nachgewiesenen Kosten im Rahmen der tariflich vereinbarten Versicherungssumme.

Für die Abschiebekostenversicherung gilt eine zeitlich unbegrenzte Nachleistungspflicht, soweit Ansprüche gegen den Einladenden geltend gemacht werden.

Anspruchsberechtigt ist die Person, gegen welche die Abschiebekosten geltend gemacht werden.

- 2) Voraussetzung ist, dass die Höhe und Forderung der Abschiebekosten nachgewiesen werden und die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraums angeordnet wurde.
- 3) Kein Versicherungsschutz besteht für illegal eingereiste Personen.

4. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?

4.1 Begrenzung der Leistungen

- 1) Unsere Entschädigung ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.
Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt. Für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist die Entschädigung auf das Einfache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.
- 2) Mehrere zeitlich zusammenhängende Versicherungsfälle aus derselben Ursache gelten als ein Versicherungsfall.
Unsere Aufwendungen für Kosten werden nicht auf die Versicherungssumme angerechnet.
- 3) Wir tragen die Prozesskosten im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche. Und zwar dann, wenn die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Versicherungssumme übersteigen.
- 4) Renten, die geleistet werden müssen, werden von uns nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert erstattet. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:
 - Die versicherte Person muss Rentenzahlungen an den Geschädigten leisten;
 - Der Kapitalwert der Rente übersteigt die Versicherungssumme;
 - Der Kapitalwert der Rente übersteigt den verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme nach Abzug sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall.
- 5) Für die Berechnung des Rentenwertes gilt folgende Vorschrift: Die Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles.

- 6) Bei der Berechnung des Betrages, mit dem die versicherte Person sich an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.
- 7) Wir kommen für den Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht auf. Dies für den Fall, dass die von uns verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert.

4.2 Leistungsfreiheit

Wir müssen in folgenden Fällen nicht leisten:

- Die versicherte Person täuscht uns nach Eintritt des Versicherungsfalles durch unzutreffende Angaben.
- Die versicherte Person begeht einen Täuschungsversuch durch unzutreffende Angaben.

Die Umstände, die von der Täuschung betroffen sind, müssen für die Leistungspflicht nach Grund und/oder Höhe von Bedeutung sein.

4.3 Nicht versicherte Haftpflichtrisiken

Nicht versichert ist die Haftpflicht der versicherten Person:

- als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Führer eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.
- als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd.
- aus der Ausübung eines Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art.
- aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte.

4.4 Nicht versicherte Haftpflichtansprüche

Nicht versichert sind Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen:

- 1) Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen;
- 2) Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfe, Kampfsport wie Judo, Kungfu und dgl. sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu;
- 3) Glasschäden;
- 4) Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;

- 5) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an fremden Sachen durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der versicherten Person an oder mit diesen Sachen (z. B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind. Bei Schäden an fremden unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile unmittelbar Gegenstand der Tätigkeit gewesen sind. Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz. Dies sowohl für Sie wie für die durch den Vertrag mitversicherten Personen. Die Erfüllung von Verträgen und die an die Stelle der Erfüllungslieferung tretende Ersatzleistung ist nicht Gegenstand der Haftpflichtversicherung. Auch dann nicht, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt, desgleichen nicht der Anspruch aus der gesetzlichen Gefahrtragung (für zufälligen Untergang und zufällige Verschlechterung).
- 6) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den von der versicherten Person (oder in ihrem Auftrage oder für ihre Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen.
- 7) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z.B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlung sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- oder Maserstrahlen.
- 8) Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
- 9) Haftpflichtansprüche

- aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben.
Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel. Außerdem Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder. Demnach Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind;
- zwischen mehreren versicherten Personen desselben Vertrages;
- von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen;
- von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften;
- von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine;
- von Liquidatoren.

Die Ausschlüsse unter Teil D Ziffer 4.4 (9) erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen. Dies, sofern sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.

- 10) Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass Sie oder die versicherte Person besonders gefährliche Umstände, deren Beseitigung wir billigerweise verlangen konnten und verlangt haben, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigten. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährlich.
- 11) Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen sowie Sachschäden, die durch Krankheit der versicherten Person gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind.

5. Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?

5.1 Verpflichtung zur Kostenminderung

Die versicherte Person muss den Schaden möglichst gering halten und unnötige Kosten vermeiden.

5.2 Unverzügliche Kontaktaufnahme

Sie müssen uns jeden Versicherungsfall unverzüglich anzeigen, auch wenn noch keine Ansprüche auf Schadenersatz erhoben wurden.

5.3 Unverzügliche Meldung im Rechtsstreit.

Unverzüglich angezeigt werden muss folgendes:

- wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch erhoben;
- wird ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet;
- wird ein Mahnbescheid erlassen;
- wird der versicherten Person gerichtlich der Streit verkündet.

Die versicherte Person muss uns außerdem anzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.

5.4 Überlassung der Prozessführung

- 1) Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, muss Sie uns die Führung des Verfahrens überlassen. Wir beauftragen in ihrem Namen einen Rechtsanwalt. Die versicherte Person muss dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.
- 2) Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz muss die versicherte Person fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weisung unsererseits bedarf es nicht.

- 3) Die versicherte Person ist nicht berechtigt, ohne unsere vorherige Zustimmung einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise nicht anzuerkennen oder zu befriedigen. Leistet die versicherte Person dennoch Entschädigung, ohne zuvor unser Einverständnis einzuholen, sind wir leistungsfrei.

Es sei denn, die versicherte Person konnte nach den Umständen die Anerkennung oder die Leistung der Entschädigung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern.

5.5 Überlassung von Rechtsausübung in Rentenfällen

Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse die Aufhebung oder die Minderung einer zu zahlenden Rente zu Recht fordern kann, muss die versicherte Person dieses Recht in ihrem Namen von uns ausüben lassen. Die Bestimmungen unter Teil D Ziffer 5 finden entsprechend Anwendung.

5.6 Bevollmächtigung

Wir gelten als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs uns zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

5.7 Verpflichtung zur Auskunft

- 1) Nach Eintritt des Versicherungsfalls muss die versicherte Person:
- Jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, zu unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit).
 - die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht ermöglichen. Dies bedeutet, dass die versicherte Person alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit).
- 2) Wir können ebenfalls verlangen, dass zum Nachweis die Rechnungsbelege im Original eingereicht werden.
Es muss uns gestattet werden, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.
- 3) Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zusteht, muss auch dieser die vertraglichen Pflichten erfüllen. Dies sind Auskunfts- und Aufklärungspflicht und Belegbeschaffung.
- 4) Die versicherte Person muss, unter Beachtung unserer Weisung nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens sorgen. Dies muss der versicherten Person zumutbar sein. Außerdem muss sie alles tun, was zur Aufklärung des Schadenfalls dient. Sie muss ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadenbericht erstatten und alle Umstände, die mit dem Schadenereignis in Zusammenhang stehen, mitteilen. Die entsprechenden Schriftstücke müssen eingereicht werden.

Teil E Notfallversicherung (Zusatzschutz)

1. Wofür besteht Versicherungsschutz?

Wir bieten Versicherungsschutz für einen Notfall nach Teil E Ziffer 2, der während Ihrer Reise eintritt. Mit unserem Notfall-Service helfen wir Ihnen bei allen in Teil E Ziffer 2 aufgeführten Notfällen, die einer versicherten Person während der Reise zustoßen.

2. Welche Leistungen umfasst Ihre Notfallversicherung?

Bei einem Versicherungsfall aufgrund Unfall, Krankheit oder Tod ersetzen wir Rückreisekosten ins Heimatland.

- 1) Wir erstatten die Kosten für eine zwischenzeitliche Rückreise der versicherten Person ins Heimatland in einer einfachen Reiseform, z. B. Bahnfahrt 2. Klasse oder kostengünstigstes Flugticket der Touristenklasse, bei schwerer Krankheit, lebensbedrohlichen Unfallfolgen oder Tod eines Angehörigen, sofern die schwere Krankheit oder der Unfall bei dem Angehörigen erst nach Ankunft der versicherten Person im Gastland auf bzw. eingetreten und ärztlich festgestellt worden ist und das ursprüngliche Ticket nicht benutzt oder umgebucht werden kann. Als Angehörige der versicherten Person gelten Ehepartner oder Lebensgefährte einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft, Kinder, Eltern, Adoptiveltern, Stiefeltern, Geschwister, Großeltern, Enkel. Die Rückreise der versicherten Person ins Gastland nach einer notfallbedingten Heimreise in einer einfachen Reiseform, z. B. Bahnfahrt 2. Klasse oder kostengünstigstes Flugticket der Touristenklasse erstatten wir, wenn mehr als 30 Tage bis zur ursprünglich geplanten Rückreise im Gastland verbleiben. Die Kosten für die endgültige Heimreise übernehmen wir dann, wenn das Rückreiseticket für die notfallbedingte Rückreise verwendet bzw. umgebucht wurde. Die Höchstersatzleistung ist pro Versicherungsjahr auf 2.000 EUR begrenzt.
- 2) Von jedem Schaden dieser Art haben Sie bzw. die versicherte Person 10 % des erstattungsfähigen Schadens, mind. 50 EUR selbst zu tragen (Selbstbehalt).

3. Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?

3.1 Verpflichtung zur Kostenminderung

Die versicherte Person muss den Schaden möglichst gering halten und unnötige Kosten vermeiden.

3.2 Unverzügliche Kontaktaufnahme

Sie müssen uns jeden Versicherungsfall unverzüglich anzeigen, auch wenn noch keine Ansprüche auf Schadenersatz erhoben wurden.

4. Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?

- 1) Die versicherte Person verliert den Anspruch auf Leistung, wenn sie:
 - entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder falsche Angaben macht.
 - uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung stellt.
 - sonstige vertragliche Obliegenheiten verletzt.
- 2) Bei grob fahrlässigem Verstoß gegen diese Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig. Wir aber können die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen.
Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.
- 3) Auch wenn die versicherte Person die vertraglichen Obliegenheiten verletzt, müssen wir weiterhin leisten.
Dies gilt dann, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Obliegenheiten nicht ursächlich für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht war.
- 4) Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit folgende Voraussetzung: Wir müssen die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hinweisen.
- 5) Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir leistungsfrei.

Teil F Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 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.

§ 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 angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- 2) Tritt der 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.
- 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.

§ 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 infolgedessen 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.