

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.

Inhaltsverzeichnis

Teil A - Allgemeiner Teil

1. Welchen Versicherungsschutz bietet diese Versicherung?	4
1.1 Wer ist versichert?	4
1.2 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	4
1.3 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?	4
2. Was gilt für den Versicherungsvertrag?	5
2.1 Bis wann und für welche Dauer schließen Sie den Versicherungsvertrag ab?	5
2.2 Wann zahlen wir Entschädigung?	5
2.3 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?	5
2.4 Welches Gericht ist zuständig?	6
2.5 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?	6
3. Was müssen Sie bei der Zahlung des Beitrages beachten?	6
3.1 Was müssen Sie bei der Zahlung des ersten Beitrages beachten?	6
3.2 Was ist bei der Zahlung der Folgebeiträge zu beachten?	6
3.3 Was gilt für die Höhe des Beitrags?	6
3.4 Was gilt für den Beitragseinzug?	6
4. Welche Einschränkungen gelten für den Versicherungsschutz?	6
5. Wie sind die Regelungen bei Ersatzansprüchen gegenüber Dritten?	6
5.1 Was gilt bei Ersatzansprüchen gegen Dritte?	6
5.2 Was gilt für Leistungsverpflichtungen aus anderen Verträgen?	7

Teil B - Auslandsreisekrankenversicherung „Exklusiv“

1. Welche allgemeinen Regelungen gelten zur Auslandsreisekrankenversicherung?	7
1.1 Was ist versichert?	7
1.2 Welcher Versicherungsschutz besteht bei einem Heimaturlaub?	7
1.3 Was ist ein Versicherungsfall?	7
1.4 Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?	7
1.5 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?	7
2. Was leisten wir im Versicherungsfall?	7
2.1 Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen?	8
2.2 Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen?	8
2.3 Welche Kosten übernehmen wir bei Rehabilitationsmaßnahmen?	8
2.4 Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen?	8
2.5 Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel?	8
2.6 Was leisten wir bei Schwangerschaft?	9
2.7 Was leisten wir im Rahmen einer Frühgeburt für Neugeborene?	9
2.8 Was gilt für die Versicherung von Neugeborenen?	9
2.9 Was leisten wir bei psychischen Behandlungen?	9
2.10 Was leisten wir bei einem Rücktransport?	9
2.11 Was leisten wir bei einer Bergung?	9

2.12	Was leisten wir, wenn der Versicherte stirbt?	9
2.13	Was gilt für die Erstattung von Telefonkosten?	9
2.14	Was gilt beim Verlust von ärztlich verordneten Arzneimitteln?	9
2.15	Welche zusätzlichen Serviceleistungen bieten wir?	10
2.16	Wann verlängern wir den Versicherungsschutz über die vereinbarte Dauer hinaus?	10
3.	Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	10
3.1	In welchen Fällen sind wir leistungsfrei?	10
3.2	In welchen Fällen leisten wir nicht?	10
4.	Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadensfall?	11
4.1	Was müssen Sie zur Kostenminderung berücksichtigen?	11
4.2	Wann müssen Sie unverzüglich mit uns Kontakt aufnehmen?	11
4.3	Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?	11
4.4	Welche Informationen müssen aus den Belegen hervorgehen?	11
5.	Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?	11
5.1	Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Leistung?	11
5.2	Was gilt bei grober Fahrlässigkeit?	11
5.3	Wann leisten wir trotz Pflichtverletzung?	11
5.4	Was gilt bei vollständiger oder teilweiser Leistungsfreiheit?	11
5.5	Was gilt bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten?	11

Teil C - Auslandsreisekrankenversicherung „Komfort“

1.	Welche allgemeinen Regelungen gelten zur Auslandsreisekrankenversicherung?	12
1.1	Was ist versichert?	12
1.2	Welcher Versicherungsschutz besteht bei einem Heimaturlaub?	12
1.3	Was ist ein Versicherungsfall?	12
1.4	Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?	12
1.5	Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?	12
2.	Was leisten wir im Versicherungsfall?	12
2.1	Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen?	13
2.2	Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen?	13
2.3	Welche Kosten übernehmen wir bei Rehabilitationsmaßnahmen?	13
2.4	Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen?	13
2.5	Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel?	13
2.6	Was leisten wir bei Schwangerschaft?	13
2.7	Was leisten wir im Rahmen einer Frühgeburt für Neugeborene?	14
2.8	Was gilt für die Versicherung von Neugeborenen?	14
2.9	Was leisten wir bei psychischen Behandlungen?	14
2.10	Was leisten wir bei einem Rücktransport?	14
2.11	Was leisten wir bei einer Bergung?	14
2.12	Was leisten wir, wenn der Versicherte stirbt?	14
2.13	Was gilt für die Erstattung von Telefonkosten?	14
2.14	Was gilt beim Verlust von ärztlich verordneten Arzneimitteln?	14
2.15	Welche zusätzlichen Serviceleistungen bieten wir?	14
2.16	Wann verlängern wir den Versicherungsschutz über die vereinbarte Dauer hinaus?	15
3.	Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	15
3.1	In welchen Fällen sind wir leistungsfrei?	15
3.2	In welchen Fällen leisten wir nicht?	15
4.	Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadensfall?	15
4.1	Was müssen Sie zur Kostenminderung berücksichtigen?	15
4.2	Wann müssen Sie unverzüglich mit uns Kontakt aufnehmen?	15

4.3	Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?	16
4.4	Welche Informationen müssen aus den Belegen hervorgehen?	16
5.	Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?	16
5.1	Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Leistung?	16
5.2	Was gilt bei grober Fahrlässigkeit?	16
5.3	Wann leisten wir trotz Pflichtverletzung?	16
5.4	Was gilt bei vollständiger oder teilweiser Leistungsfreiheit?	16
5.5	Was gilt bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten?	16

Teil D - Auslandsreisekrankenversicherung „Basis“

1.	Welche allgemeinen Regelungen gelten zur Auslandsreisekrankenversicherung?	16
1.1	Was ist versichert?	16
1.2	Welcher Versicherungsschutz besteht bei einem Heimaturlaub?	16
1.3	Was ist ein Versicherungsfall?	16
1.4	Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?	17
1.5	Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?	17
2.	Was leisten wir im Versicherungsfall?	17
2.1	Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen?	17
2.2	Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen?	17
2.3	Welche Kosten übernehmen wir bei Rehabilitationsmaßnahmen?	18
2.4	Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen?	18
2.5	Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel?	18
2.6	Was leisten wir bei Schwangerschaft?	18
2.7	Was leisten wir im Rahmen einer Frühgeburt für Neugeborene?	19
2.8	Was gilt für die Versicherung von Neugeborenen?	19
2.9	Was leisten wir bei psychischen Behandlungen?	19
2.10	Was leisten wir bei einem Rücktransport?	19
2.11	Was leisten wir bei einer Bergung?	19
2.12	Was leisten wir, wenn der Versicherte stirbt?	19
2.13	Was gilt für die Erstattung von Telefonkosten?	19
2.14	Was gilt beim Verlust von ärztlich verordneten Arzneimitteln?	19
2.15	Welche zusätzlichen Serviceleistungen bieten wir?	19
2.16	Wann verlängern wir den Versicherungsschutz über die vereinbarte Dauer hinaus?	19
3.	Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	19
3.1	In welchen Fällen sind wir leistungsfrei?	19
3.2	In welchen Fällen leisten wir nicht?	19
4.	Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadensfall?	20
4.1	Was müssen Sie zur Kostenminderung berücksichtigen?	20
4.2	Wann müssen Sie unverzüglich mit uns Kontakt aufnehmen?	20
4.3	Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?	20
4.4	Welche Informationen müssen aus den Belegen hervorgehen?	20
5.	Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?	21
5.1	Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Leistung?	21
5.2	Was gilt bei grober Fahrlässigkeit?	21
5.3	Wann leisten wir trotz Pflichtverletzung?	21
5.4	Was gilt bei vollständiger oder teilweiser Leistungsfreiheit?	21
5.5	Was gilt bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten?	21

Teil E - Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	21
---	-----------

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 zum 55. Geburtstag.

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 1.095 Tage.

1.2.2 Ihr Versicherungsschutz endet jeweils mit dem Ende

- der Auslandsreise.
- des Versicherungsverhältnisses.
- des Rücktransport nach Ziffer 2.10 der Teile B, C oder D, je nach gewähltem Tarif.

1.3 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?

1.3.1 Der Versicherungsschutz gilt für einen Aufenthalt im Ausland zum Beispiel als:

- Sprachschüler.
- Schüler.
- Student.
- Stipendiat.
- Doktorand.
- Gastwissenschaftler.
- Praktikant.
- Teilnehmer an Programmen des Freiwilligendienstes.
- Volunteer.
- Globetrotter.
- Backpacker.
- Work & Traveller.
- WWOOFer.

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.

1.3.2 Versicherte Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland haben Versicherungsschutz für die Dauer des Aufenthaltes außerhalb Deutschlands.

1.3.3 Versicherte Personen mit ständigem Wohnsitz außerhalb Deutschlands haben Versicherungsschutz für die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland und den Ländern der EU. Außerdem in Liechtenstein, der Schweiz, Norwegen, Island und Großbritannien.

1.3.4 Für Reisen außerhalb Deutschlands bieten wir Tarife mit unterschiedlichen Geltungsbereichen an (zum Beispiel Tarife 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 unbedingt mit. Sonst besteht die Gefahr, den Versicherungsschutz zu verlieren. Wir prüfen dann Ihren Versicherungsvertrag und passen den Tarif entsprechend an.

Ausgenommen von dieser Regelung bleiben alle Transitaufenthalte (für die Dauer des Transits). Außerdem Urlaubsreisen und Heimaturlaube in den USA und/oder Kanada bis zu 14 Tagen. Dies, wenn Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens 365 Tagen hat (siehe hierzu auch je nach gewähltem Tarif Teil B, C oder D Ziffer 1.2).

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 tageweise, höchstens jedoch für 1095 Tage abschließen. Die Versicherungsdauer beträgt mindestens 10 Tage.

2.1.3 Kündigung

Den Vertrag können Sie täglich zum Folgetag 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 schriftlich 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 EUR um. Umgerechnet wird zum Kurs des Tages, 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.
- Besonderen 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 schriftlich formulieren. 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(en) und dem gewählten Geltungsbereich.

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 je nach gewähltem Tarif in Teil B, C oder D in Ziffer 3.

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 Tarif Exklusiv

1. Welche allgemeinen Regelungen gelten zur Auslandsreisekrankenversicherung?

1.1 Was ist versichert?

Wir leisten bei einem während der versicherten Reise eintretenden Versicherungsfall.

1.2 Welcher Versicherungsschutz besteht bei einem 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.

1.3 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.

1.4 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.

1.5 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.

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 ist erstmals erforderlich oder muss repariert werden? Dann übernehmen wir ebenfalls die Kosten in Höhe von 80 % des Rechnungsbetrages, max. 1.500 EUR pro Versicherungsjahr. Dies nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten.

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 80 % des Rechnungsbetrages, max. 1.500 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 1.4 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 und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie).

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 Was gilt beim Verlust von ärztlich verordneten Arzneimitteln?

Haben Sie ärztlich verordnete Arzneimittel auf der Reise verloren? Sind keine gleichwertigen Ersatzpräparate am Aufenthaltsort erhältlich? Wir beschaffen diese in Abstimmung mit Ihrem Hausarzt und tragen die Kosten für den Versand. Die Kosten für die Anschaffung der Arzneimittel tragen Sie. Diese müssen Sie innerhalb eines Monats nach der Reise an uns zurückzahlen.

2.15 Welche zusätzlichen Serviceleistungen bieten wir?

Wir unterstützen Sie im Versicherungsfall bei folgenden Themen:

- Vermittlung ärztlicher Betreuung:
Sollten Sie auf einer Reise im Ausland erkranken, informieren wir Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung. Dies erfolgt auf Ihren Wunsch hin. Soweit es erforderlich ist, stellen wir auch den Kontakt zwischen Ihrem Hausarzt und dem behandelnden Arzt im Ausland her. Wir tragen die hierdurch entstehenden Kosten.
- Organisation medizinischer Hilfsleistungen.
- Übermittlung von Nachrichten an Ihre Familie oder Firma, wenn Sie im Ausland erkranken.
- Abgabe von Erklärungen zur Kostenübernahme vor Ort (Kranken-Rücktransport, Reise- und Überführungskosten u.a.).

2.16 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 hinausgehen.
- 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 sowie deren Folgen, die durch Sucht (zum Beispiel Alkohol, Drogen, Rausch- oder Betäubungsmittel etc.) hervorgerufen werden.
- 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 umfänglicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

4.3 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?

4.3.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen Sie oder 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 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 Versicherungsfalls 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 C - Auslandsreisekrankenversicherung Tarif Komfort

1. Welche allgemeinen Regelungen gelten zur Auslandsreisekrankenversicherung?

1.1 Was ist versichert?

Wir leisten bei einem während der versicherten Reise eintretenden Versicherungsfall.

1.2 Welcher Versicherungsschutz besteht bei einem 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 6 Wochen innerhalb eines Versicherungsjahres.

1.3 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 C Ziffer 2. Bitte lesen Sie auch Teil C Ziffer 3 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, in welchen Fällen wir nicht oder eingeschränkt leisten.

1.4 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.

1.5 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.

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 bis zu einem Betrag von max. 2.500 EUR pro Versicherungsjahr. 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 ist erstmals erforderlich oder muss repariert werden? Dann übernehmen wir ebenfalls die Kosten in Höhe von 80 % des Rechnungsbetrages, max. 1.000 EUR pro Versicherungsjahr. Dies nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten.

Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten:

- Stifzähne
- 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 80 % des Rechnungsbetrages, max. 1.000 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 C Ziffer 1.4 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 und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie).

Wir erstatten die Kosten für Heilmittel bis zu einem Betrag von max. 500 EUR je Versicherungsjahr.

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

Diese Kosten übernehmen wir bis zu einem Betrag von 1.000 EUR je Versicherungsjahr.

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. Die Kostenerstattung ist auf einen Betrag von 100.000 EUR begrenzt. Andere Versicherungen gehen dieser Versicherung vor.

2.8 Was gilt für die Versicherung von Neugeborenen?

Hierfür besteht in diesem Tarif kein Versicherungsschutz.

2.9 Was leisten wir bei psychischen Behandlungen?

Hierfür besteht in diesem Tarif kein Versicherungsschutz.

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 5.000 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 Was gilt beim Verlust von ärztlich verordneten Arzneimitteln?

Haben Sie ärztlich verordnete Arzneimittel auf der Reise verloren? Sind keine gleichwertigen Ersatzpräparate am Aufenthaltsort erhältlich? Wir beschaffen diese in Abstimmung mit Ihrem Hausarzt und tragen die Kosten für den Versand. Die Kosten für die Anschaffung der Arzneimittel tragen Sie. Diese müssen Sie innerhalb eines Monats nach der Reise an uns zurückzahlen.

2.15 Welche zusätzlichen Serviceleistungen bieten wir?

Wir unterstützen Sie im Versicherungsfall bei folgenden Themen:

- Vermittlung ärztlicher Betreuung:
Sollten Sie auf einer Reise im Ausland erkranken, informieren wir Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung. Dies erfolgt auf Ihren Wunsch hin. Soweit es erforderlich ist, stellen wir auch den Kontakt zwischen Ihrem Hausarzt und dem behandelnden Arzt im Ausland her. Wir tragen die hierdurch entstehenden Kosten.
- Organisation medizinischer Hilfsleistungen.
- Übermittlung von Nachrichten an Ihre Familie oder Firma, wenn Sie im Ausland erkranken.

- Abgabe von Erklärungen zur Kostenübernahme vor Ort (Kranken-Rücktransport, Reise- und Überführungskosten u.a.).

2.16 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 C 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.
- 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 sowie deren Folgen, die durch Sucht (zum Beispiel Alkohol, Drogen, Rausch- oder Betäubungsmittel etc.) hervorgerufen werden.
- 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 umfänglicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

4.3 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?

4.3.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen Sie oder 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 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 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 Versicherungsfalls 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 - Auslandsreisekrankenversicherung Tarif Basis

1 Welche allgemeinen Regelungen gelten zur Auslandsreisekrankenversicherung?

1.1 Was ist versichert?

Wir leisten bei einem während der versicherten Reise eintretenden Versicherungsfall.

1.2 Welcher Versicherungsschutz besteht bei einem Heimaturlaub?

Hierfür besteht in diesem Tarif kein Versicherungsschutz.

1.3 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.
- medizinisch sinnvoller und vertretbarer Kranken-Rücktransport.
- 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 D Ziffer 2. Bitte lesen Sie auch Teil D Ziffer 3 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, in welchen Fällen wir nicht oder eingeschränkt leisten.

1.4 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.

1.5 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.

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 bis zu einem Betrag von max. 1.000 EUR pro Versicherungsjahr. 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.
- Dies bis zu einem Betrag von 250 EUR pro Versicherungsjahr.
- 2.4.2 Ihr Zahnersatz ist erstmals erforderlich oder muss repariert werden? Dann übernehmen wir ebenfalls die Kosten in Höhe von 80 % des Rechnungsbetrages, max. 500 EUR pro Versicherungsjahr. Dies nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten.
- 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 80 % des Rechnungsbetrages, max. 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 D Ziffer 1.4 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 und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie).
- Wir erstatten die Kosten für Heilmittel bis zu einem Betrag von max. 250 EUR je Versicherungsjahr.
- 2.5.3 Wir erstatten die Mietgebühr für Hilfsmittel in einfacher Ausführung. Falls Sie diese während Ihrer Reise zur Gewährleistung einer vorübergehenden Versorgung aufgrund eines Unfalls benötigen. Falls eine Leihe nicht möglich ist, erstatten wir den Kaufpreis.
- Diese Kosten übernehmen wir bis zu einem Betrag von 250 EUR je Versicherungsjahr.
- 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?

Hierfür besteht in diesem Tarif kein Versicherungsschutz.

2.8 Was gilt für die Versicherung von Neugeborenen?

Hierfür besteht in diesem Tarif kein Versicherungsschutz.

2.9 Was leisten wir bei psychischen Behandlungen?

Hierfür besteht in diesem Tarif kein Versicherungsschutz.

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?

Hierfür besteht in diesem Tarif kein Versicherungsschutz.

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?

Hierfür besteht in diesem Tarif kein Versicherungsschutz.

2.14 Was gilt beim Verlust von ärztlich verordneten Arzneimitteln?

Haben Sie ärztlich verordnete Arzneimittel auf der Reise verloren? Sind keine gleichwertigen Ersatzpräparate am Aufenthaltsort erhältlich? Wir beschaffen diese in Abstimmung mit Ihrem Hausarzt und tragen die Kosten für den Versand. Die Kosten für die Anschaffung der Arzneimittel tragen Sie. Diese müssen Sie innerhalb eines Monats nach der Reise an uns zurückzahlen.

2.15 Welche zusätzlichen Serviceleistungen bieten wir?

Wir unterstützen Sie im Versicherungsfall bei folgenden Themen:

- Vermittlung ärztlicher Betreuung:
Sollten Sie auf einer Reise im Ausland erkranken, informieren wir Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung. Dies erfolgt auf Ihren Wunsch hin. Soweit es erforderlich ist, stellen wir auch den Kontakt zwischen Ihrem Hausarzt und dem behandelnden Arzt im Ausland her. Wir tragen die hierdurch entstehenden Kosten.
- Organisation medizinischer Hilfsleistungen.
- Übermittlung von Nachrichten an Ihre Familie oder Firma, wenn Sie im Ausland erkranken.
- Abgabe von Erklärungen zur Kostenübernahme vor Ort (Kranken-Rücktransport, Reise- und Überführungskosten u.a.).

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

Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes (nach Haftung) ist in diesem Tarif nicht vorgesehen.

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 D 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.
- 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 sowie deren Folgen, die durch Sucht (zum Beispiel Alkohol, Drogen, Rausch- oder Betäubungsmittel etc.) hervorgerufen werden.
- 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 umfänglicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

4.3 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?

4.3.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen Sie oder 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 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 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 Versicherungsfalls 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 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 E - 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 Auskunft- 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.