

Versicherungsbedingungen für die Reiseversicherung

VB-KV 2021 (SFE64-D)

Wir sind die HanseMerkur Reiseversicherung AG mit Sitz in Hamburg. Sie sind unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer, wenn Sie den Versicherungsvertrag mit uns abschließen.

Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit-)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls in diesen Versicherungsbedingungen mit „Sie“.

Für eine leichtere Lesbarkeit verwenden wir in der Regel die männliche Form. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

Inhalt

Teil A - Allgemeine Regelungen	2
1 Der Versicherungsschutz.....	2
1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?.....	2
1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?.....	2
1.3 Versicherungsjahr und Wartezeiten	2
1.4 Wann endet der Versicherungsschutz?.....	2
1.5 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes.....	2
2 Der Versicherungsvertrag.....	2
2.1 Abschluss und Beginn des Versicherungsvertrages.....	2
2.2 Dauer und Ende des Versicherungsvertrages.....	2
2.3 Wann zahlen wir die Entschädigung.....	2
2.4 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?.....	3
2.5 Wann verjähren Ihre Ansprüche?	3
2.6 Welches Gericht ist zuständig?.....	3
2.7 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?	3
3 Prämienzahlung	3
3.1 Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie	3
3.2 Zahlung der Folgeprämien.....	3
3.3 Prämieinzug	3
3.4 Aufrechnung.....	3
4 Verhalten im Schadenfall (Obliegenheiten).....	3
4.1 Wem können Sie einen Schadenfall melden?.....	3
4.2 Worin besteht Ihre Schadenminderungspflicht?.....	3
4.3 Wann ist eine unverzügliche Kontaktaufnahme mit uns erforderlich?.....	3
4.4 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?	3
4.5 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?	4
Teil B Leistungsbeschreibung.....	4
1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz.....	4
1.1 Was ist ein Versicherungsfall?.....	4
1.2 Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?.....	4
1.3 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?	4
1.4 Selbstbehalt.....	4
2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?.....	4
2.1 Heilbehandlungskosten im Ausland	4
2.2 Vorsorge – Versicherungsschutz gilt nur im Tarif Premium.....	5
2.3 Informationsleistung.....	5
2.4 Versicherungsleistungen für Frühgeburten	5
2.5 Betreuungsleistungen.....	5
2.6 Transport-/Überführungs-/ Bestattungskosten	5
2.7 Nachleistung im Ausland.....	6
2.8 Weitere Leistungen	6
3 Einschränkungen zum Versicherungsschutz und Leistungsausschlüsse.....	6
3.1 Leistungseinschränkungen.....	6
3.2 Leistungsfreiheit	6
Teil C Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	6
§ 19 Anzeigepflicht	6
§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit.....	7

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie.....	7
§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie.....	7
§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen.....	7
Schlichtungsstellen.....	7

Teil A - Allgemeine Regelungen

1 Der Versicherungsschutz

1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?

- 1.1.1 Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen oder der im Versicherungsschein festgelegte Personenkreis.
- 1.1.2 Neugeborene von versicherten Personen sind mit Vollendung der Geburt zum Tarif ihrer Eltern krankenversichert. Voraussetzung ist, dass
- Sie über diesen Vertrag eine Reise-Krankenversicherung bei uns abgeschlossen haben und
 - der Versicherungsvertrag mindestens seit 3 Monaten ununterbrochen bestand und
 - das Neugeborene innerhalb von 2 Monaten nach dem Tag der Geburt rückwirkend bei uns versichert wird und
 - kein anderweitiger Versicherungsschutz für das Neugeborene besteht.

1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt nach Vertragsabschluss frühestens mit Antritt der versicherten Reise. Die Reise gilt mit dem Grenzübertritt ins Ausland als angetreten.

1.3 Versicherungsjahr und Wartezeiten

- 1.3.1 Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn. Soweit Leistungen aus dieser Versicherung erst nach einer Wartezeit versichert sind, beginnt diese Wartezeit ab Versicherungsbeginn.
- 1.3.2 Haben Sie Ihre Reise bereits vor Abschluss dieses Versicherungsvertrages angetreten, gilt für alle Leistungen aus dieser Auslandskrankenversicherung zusätzlich eine allgemeine Wartezeit von 31 Tagen ab Beginn des Versicherungsschutzes gemäß A1.2 vereinbart. Diese allgemeine Wartezeit entfällt
- bei Behandlungen von Unfällen, die nach Abschluss dieses Vertrages eingetreten sind oder bei ärztlicher Hilfe zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Sie.
 - wenn nachweislich ab Reisebeginn lückenlos bis zum Beginn dieses Versicherungsschutzes eine Auslandskrankenversicherung bei uns oder einem anderen Versicherer bestanden hat, die mindestens
 - 31 Tagen bestand und
 - mindestens ambulante und stationäre Heilbehandlungskosten versichert hat.

1.4 Wann endet der Versicherungsschutz?

- 1.4.1 Der Versicherungsschutz endet für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle nach der vereinbarten Dauer, spätestens jedoch mit Beendigung der versicherten Reise, mit dem Grenzübertritt ins Heimatland aus dem Ausland.
- 1.4.2 Der Versicherungsschutz endet auch, wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen, weil Sie sich zu einem dauerhaften Aufenthalt im Ausland entschieden haben oder weil Sie endgültig in Ihr Heimatland zurückkehren.
- 1.4.3 Der Versicherungsschutz verlängert sich über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, wenn sich die planmäßige Beendigung der Reise aus Gründen verzögert, die Sie nicht zu vertreten haben.

1.5 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt für den vereinbarten örtlichen Geltungsbereich für Reisen im Ausland. Als Ausland gelten nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie

das Staatsgebiet, in dem Sie bei Antragstellung einen gemeldeten Wohnsitz haben.

1.5.1 Versicherungsschutz im Ausland außerhalb des tariflichen Geltungsbereiches

Sofern der vereinbarte Geltungsbereich örtlich eingeschränkt ist (z.B. bei Tarifen ohne den Geltungsbereich USA und Kanada), entfällt diese Einschränkung unter den nachfolgenden Bedingungen:

- Bei einem Transitaufenthalt für die Dauer des Transits.
- Bei Versicherungsverträgen von mindestens 7-monatiger Dauer für Aufenthalte bis zu 14 Tagen.

1.5.2 Versicherungsschutz im Heimatland

Versicherungsschutz besteht auch bei einer vorübergehenden Rückkehr aus dem Ausland. Dieser Versicherungsschutz im Inland bzw. Heimatland ist begrenzt auf maximal 3 Wochen bei einer Vertragsdauer ab 7 Monaten.

Bei einer Vertragsdauer ab 12 Monaten ist der Versicherungsschutz im Inland bzw. Heimatland begrenzt auf maximal 6 Wochen für alle Inland- bzw. Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr.

Beginn und Ende einer jeden Reise in das Inland- bzw. Heimatland während der Vertragslaufzeit sind von Ihnen auf unser Verlangen im Leistungsfall nachzuweisen.

2 Der Versicherungsvertrag

2.1 Abschluss und Beginn des Versicherungsvertrages

- 2.1.1 Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages kann jederzeit gestellt werden. Er ist für die gesamte noch verbleibende Dauer des Aufenthaltes zu stellen.
- 2.1.2 Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei uns eingeht und wir Ihnen eine Versicherungsbestätigung senden. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält

Hinweis: Eine fehlerhafte Angabe kann zu unserem Rücktritt vom Versicherungsvertrag und zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen. Hierbei beachten wir die Regelungen des § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Diesen finden Sie im Teil C.

2.2 Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

- 2.2.1 Der Versicherungsvertrag endet nach der vereinbarten Dauer.
- 2.2.2 Der Versicherungsvertrag endet auch, wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen, weil Sie sich zu einem dauerhaften Aufenthalt im Ausland entschieden haben oder weil Sie endgültig aus dem Ausland zurückkehren.

2.3 Wann zahlen wir die Entschädigung

- 2.3.1 Wir zahlen innerhalb von 2 Wochen. Voraussetzung ist,
- dass unsere Pflicht, zu leisten, dem Grunde und der Höhe nach festgestellt ist.
 - dass uns die notwendigen Nachweise – diese gehen in unser Eigentum über – vorliegen.
- Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange wir Ihren Anspruch durch Ihr Verschulden nicht prüfen können.
- 2.3.2 Wir rechnen Ihre Kosten in ausländischer Währung zum Kurs des Tages in EUR um, an dem wir die Belege erhalten. Es gilt der amtliche Devisenkurs, außer Sie kauften die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen zu einem ungünstigeren Kurs. Wir können folgende Kosten von Ihrer Leistung abziehen:
- Kosten für die Überweisung von Leistungen in das Ausland oder

– für besondere Überweisungsformen, die Sie beauftragten.

- 2.3.3 Möglicherweise haben Sie den Versicherungsschutz für Reisen auch bei anderen Versicherern. Das kann z. B. die gesetzliche Krankenversicherung oder eine anderer privater Versicherer sein. Haben Sie deshalb Ansprüche bei anderen Versicherern, sind diese vorrangig. Ihnen stehen insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu. Wenn Sie einen Anspruch auf Leistung bei mehreren Versicherern haben, können Sie wählen, welchem Versicherer Sie den Schaden melden. Wenn Sie den Schaden zuerst bei uns melden, werden wir Ihnen die Kosten erstatten, die in diesem Tarif versichert sind. Danach werden wir mit den anderen Versicherern klären, ob und wie sie sich an den Kosten beteiligen. Wir verzichten auf eine Kostenteilung mit einer privaten Krankenversicherung, wenn Ihnen hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung. Weitere Informationen darüber lesen Sie unter Ziffer A.4.2.2.

2.4 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

In Ergänzung dieser Bestimmungen gelten das VVG sowie deutsches Recht.

Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: www.hmr.de/datenschutz/information oder fordern Sie diese gern bei uns an.

2.5 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch von Ihnen angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt unterbrochen, zu dem unsere Entscheidung Ihnen zugeht.

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

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

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.). Die Vertragssprache ist Deutsch.

3 Prämienzahlung

3.1 Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie

- 3.1.1 Die erste oder einmalige Prämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
- 3.1.2 Zahlen Sie die erste Prämie nicht, können wir vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Hierbei beachten wir die Regelungen des § 37 VVG. Diesen finden Sie im Teil C.

3.2 Zahlung der Folgeprämien

Zahlen Sie die Folgeprämie nicht rechtzeitig, können wir den Vertrag kündigen und leistungsfrei sein. Hierbei beachten wir die Regelungen des § 38 VVG. Diesen finden Sie im Teil C.

3.3 Prämieinzug

Haben Sie mit uns einen Prämieinzug von einem Konto vereinbart, nehmen wir diesen sofort nach Ihrer SEPA-Mandatserteilung vor. Die Zahlung gilt als rechtzeitig,

- wenn wir die Prämie einziehen können und
- einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird.

Könnte die Prämie ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn Sie diese unverzüglich nach unserer Aufforderung vornehmen.

3.4 Aufrechnung

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

4 Verhalten im Schadenfall (Obliegenheiten)

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Punkte, um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Bitte beachten Sie darüber hinaus die „Wichtigen Hinweise“ im Schadenfall, die Ihren Vertragsunterlagen beigelegt sind.

4.1 Wem können Sie einen Schadenfall melden?

Schadensmeldungen senden Sie bitte formlos an: HanseMerkur Reiseversicherung AG, Abt. RLK/Leistung, Postfach, 20352 Hamburg, E-Mail: reiseleistung@hansemerkur.de Sie können auch unser Online-Formular <https://mein-hmr.de/service/schadenmeldung/> nutzen. Bei Notfällen hilft Ihnen unser 24-Stunden-Notruf-Service. Diesen erreichen Sie zu jeder Zeit und weltweit.

4.2 Worin besteht Ihre Schadenminderungspflicht?

- 4.2.1 Halten Sie den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.
- 4.2.2 Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung im § 86 VVG bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf uns über. Wir beachten, dass Ihnen daraus kein Nachteil entsteht. Sie sind, falls erforderlich, verpflichtet, bei der Durchsetzung des Ersatzanspruches mitzuwirken.
- 4.2.3 Dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit muss zugestimmt werden, wenn wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigen.

4.3 Wann ist eine unverzügliche Kontaktaufnahme mit uns erforderlich?

Im Falle einer stationären Behandlung im Krankenhaus, vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen müssen Sie unverzüglich Kontakt mit unserem weltweiten Notfall-Service aufnehmen.

4.4 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?

- 4.4.1 Alle Auskünfte zum Schadenfall müssen Sie wahrheitsgemäß und vollständig machen. Sie müssen uns jede Auskunft erteilen und geeignete Nachweise erbringen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
- ob ein Versicherungsfall vorliegt und
 - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- Unsere Schadenanzeige müssen Sie vollständig ausgefüllt zurücksenden. Halten wir es für notwendig, sind Sie verpflichtet, sich durch einen unserer Ärzte untersuchen zu lassen.
- 4.4.2 Wir benötigen von Ihnen folgende Nachweise im Original, die unser Eigentum werden:
- Rezepte zusammen mit der Behandlungsrechnung und
 - Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung.
 - Eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn eine Überführung bzw. Bestattung gezahlt werden soll.
 - Weitere von uns angeforderte Nachweise und Belege, die wir benötigen, um unsere Leistungspflicht zu prüfen. Dies gilt nur, wenn Ihnen die Beschaffung billigerweise zumutbar ist.
- Die Belege müssen
- den Namen der behandelten Person enthalten,
 - die Krankheit benennen und
 - mit den vom Behandler erbrachten Leistungen nach

- Art,
 - Ort und
 - Behandlungszeitraum
- enthalten.
Besteht anderweitiger Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis Rechnungskopien. Hierauf muss vermerkt sein, welche Positionen erstattet sind.

4.5 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?

Wenn Sie eine der oben genannten Pflichten verletzen, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir die Regelung des § 28 Absatz 2–4 VVG. Diesen finden Sie im Teil C.

Teil B Leistungsbeschreibung

1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz

Wir leisten bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall.

1.1 Was ist ein Versicherungsfall?

- Ein Versicherungsfall ist Ihre 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
- Schwangerschaft und Entbindung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages noch nicht bestanden hat.
 - medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft.
 - Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche.
 - Fehlgeburten.
 - medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche.
 - Tod.

Was wir im Versicherungsfall genau leisten, lesen Sie unter Ziffer 2. Bitte lesen Sie auch Ziffer 3 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, wann wir nicht leisten, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

1.2 Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Wählen Sie frei unter folgenden gesetzlich anerkannten und zur Heilbehandlung zugelassenen

- Ärzten,
- Zahnärzten und
- Krankenhäusern.

Haben Sie den Tarif Premium abgeschlossen, leisten wir darüber hinaus für die Behandlung folgender gesetzlich anerkannter zur Heilbehandlung zugelassener Behandler:

- Heilpraktiker
- Chirotherapeuten
- Osteopathen

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

Wir leisten für

- Untersuchungen,
 - Behandlungen,
 - Arzneimittel,
- die von der Schulmedizin anerkannt sind. Wir leisten auch für andere Methoden und Arzneimittel,
- die sich in der Praxis ebenso bewährt haben oder
 - die nur anstelle der Schulmedizin verfügbar sind.
- Zu diesen Methoden zählt z. B.

- die homöopathische Behandlung oder
- anthroposophische Medizin oder
- Pflanzenheilkunde.

In diesen Fällen können wir die Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei vorhandener Schulmedizin anfällt.

1.4 Selbstbehalt

Je Versicherungsfall tragen Sie einen Selbstbehalt von 100,- EUR, sofern der Tarif Basic gewählt wurde. Der Tarif Premium hat keinen Selbstbehalt.

2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

Die nachfolgenden Leistungen erstatten wir, wenn

- der Versicherungsfall nach Beginn des Versicherungsschutzes und
- nach Ablauf der Wartezeiten eingetreten ist.

Erstattet werden, je nach dem von Ihnen abgeschlossenen Tarif, die in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen, ortsüblichen Kosten in voller Höhe, es sei denn, in den nachstehenden Leistungen sind ausdrücklich andere Beträge genannt.

Als Versicherungsfall wird Ihre medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen bezeichnet. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie Tod.

2.1 Heilbehandlungskosten im Ausland

Bei Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalls während einer Reise erstatten wir die im Ausland entstandenen Kosten einer Heilbehandlung. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinisch notwendige

- 2.1.1 ärztliche ambulante Behandlungen einschließlich durch Beschwerden hervorgerufener, medizinisch notwendiger Schwangerschaftsbehandlung, Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch;
- 2.1.2 schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz bis 300,- EUR pro Versicherungsjahr gemäß Ziffer 5.3, sofern diese durch einen Zahnarzt durchgeführt oder verordnet werden. Im Tarif Premium entfällt die Entschädigungsgrenze von 300,- EUR. Wir erstatten auch die Kosten eines Zahnersatzes bis zu einem Betrag von 1.000,- EUR, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist.
- 2.1.3 ärztlich verordnete Medikamente und Verbandsmittel (als Medikamente gelten nicht – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
- 2.1.4 ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- 2.1.5 ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik;
- 2.1.6 ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
- 2.1.7 Röntgendiagnostik;
- 2.1.8 unaufschiebbare Operationen;
- 2.1.9 unaufschiebbare stationäre Behandlungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, welche im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt und zugelassen ist, unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankenakten führt;
- 2.1.10 in Abänderung von Ziffer B.3.2.12, erstmalige und einmalige ambulante Behandlung von psychoanalytischen und psychotherapeutischen Erkrankungen durch einen Facharzt bei

Aufenthalten in den USA und Kanada. Im Tarif Premium sind ambulante psychoanalytische Behandlungen bis zu 5 Sitzungen, maximal 750,- EUR, je Versicherungsjahr versichert. Ergibt sich dabei die Notwendigkeit einer stationären Behandlung, werden die zusätzlichen Rückreisekosten in das Heimatland übernommen. Ersetzt werden nur die Kosten der einfachsten Sitzklasse.

- 2.1.11 Rehabilitationsmaßnahmen im Tarif Premium ohne die in Ziffer 6.2.5 genannten Einschränkungen als versichert.

2.2 Vorsorge – Versicherungsschutz gilt nur im Tarif Premium

- 2.2.1 Versichert sind Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen, sofern die Schwangerschaft nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Entbindungen durch Ärzte sind nach einer Wartezeit gemäß Ziffer A.1.3.1 von 8 Monaten versichert. Die Erstattung entsprechender Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen ist nur möglich, wenn die Kosten nicht gleichzeitig durch einen Arzt in Rechnung gestellt werden.
- 2.2.2 Versichert sind, nach einer Wartezeit gemäß Ziffer A.1.3.1 von 6 Monaten, nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen), ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis 500,- EUR je Versicherungsjahr und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen für Frauen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bis zu 100,- EUR je Versicherungsjahr
- 2.2.3 Versichert ist nach einer Wartezeit gemäß Ziffer A.1.3.1 von 6 Monaten, die Zahnvorsorge nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen bis zu 100,- EUR je Versicherungsjahr.

2.3 Informationsleistung

2.3.1 Information über Ärzte vor Ort

Bei Krankheit oder Unfall informieren wir auf Anfrage über unseren Notruf-Service über die Möglichkeiten Ihrer ärztlichen Versorgung. Soweit möglich, benennen wir einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt.

2.3.2 Informationsübermittlung zwischen Ärzten

Werden Sie wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalles in einem Krankenhaus stationär behandelt, stellen wir auf Wunsch über unseren Notruf-Service den Kontakt zwischen einem von uns beauftragten Arzt und Ihrem Hausarzt und den behandelnden Krankenhausärzten her und sorgen während des Krankenhausaufenthaltes für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Auf Wunsch sorgen wir für die Information der Angehörigen.

2.4 Versicherungsleistungen für Frühgeburten

Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, ersetzen wir bei einer Frühgeburt bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche auch die Kosten der im Ausland notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von 50.000,- EUR. Die Kosten werden ohne eine Entschädigungsgrenze in voller Höhe übernommen, sofern die Versicherungsdauer mindestens 3 Monate beträgt.

2.5 Betreuungleistungen

2.5.1 Begleitperson im Krankenhaus für Kinder

Muss ein versichertes Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr stationär behandelt werden, erstatten wir die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.

2.5.2 Reisebetreuung für Kinder

Wir organisieren und bezahlen die Betreuung eines Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, welches die Reise allein fortsetzen oder abbrechen muss, sofern alle Betreuungspersonen oder die einzige an der Reise teilnehmende Betreuungsperson des mitreisenden Kindes die Reise aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht planmäßig fortführen oder beenden können.

2.5.3 Arzneimittelversand

Benötigt die versicherte Person ärztlich verordnete Arzneimittel, die ihr auf der Reise abhandengekommen sind, übernehmen wir in Abstimmung mit dem Hausarzt der versicherten Person die Beschaffung der Ersatzpräparate und ihre Übersendung an die versicherte Person. Die Kosten der Ersatzpräparate hat die versicherte Person binnen eines Monats nach Beendigung der Reise an uns zurückzuerstatten.

2.5.4 Krankenbesuch

Wenn feststeht, dass Ihr Krankenhausaufenthalt länger als 5 Tage dauert, organisieren wir auf Ihren Wunsch die Reise einer Ihnen nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernehmen die entstehenden Kosten des Beförderungsmittels für die Hin- und Rückreise. Voraussetzung ist jedoch, dass Ihr Krankenhausaufenthalt bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen ist.

2.5.5 Hotelkosten

Wird der gebuchte Aufenthalt aufgrund Ihres Krankenhausaufenthaltes unterbrochen oder verlängert, erstatten wir Ihnen und den versicherten Mitreisenden bis zu 10 Tagen die zusätzlichen Nächtigungskosten. Der Betrag ist insgesamt auf 2.500,- EUR begrenzt.

2.6 Transport-/Überführungs-/ Bestattungskosten

- 2.6.1 Wir erstatten die Mehrkosten für Ihren Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder nach Prognose des behandelnden Arztes die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.
- 2.6.2 Wir übernehmen auch die Kosten für eine Begleitperson sowie eine gegebenenfalls erforderliche Arztbegleitung, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.
- 2.6.3 Wir erstatten die Kosten für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zurück in die Unterkunft. Haben Sie den Tarif Premium abgeschlossen, leisten wir darüber hinaus für den Transport zur ambulanten Behandlung
- beim nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder
 - im nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus
 - und zurück in die Unterkunft.
- 2.6.4 Kehren Sie infolge eines Krankenhausaufenthaltes von mindestens 10 Tagen Dauer von der Reise verspätet zurück, erstatten wir Ihnen die nachweislich entstandenen zusätzlichen Rückreisekosten und die hierdurch unmittelbar verursachten sonstigen Mehrkosten, z. B. Übernachtungs- und Verpflegungskosten (nicht jedoch Heilkosten). Bei Erstattung dieser Kosten wird auf die Qualität der gebuchten Reise abgestellt. Wenn abweichend von der gebuchten Reise die Rückreise mit einem Flugzeug erforderlich wird, werden nur die Kosten für einen Sitzplatz in der einfachsten Flugzeugklasse ersetzt.
- 2.6.5 Haben Sie den Tarif Premium abgeschlossen, erstatten wir die nach einem Unfall für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten entstandenen Kosten bis zu einem Betrag von 5.000,- EUR.
- 2.6.6 Wir ersetzen die zusätzlich entstandenen Rückreisekosten mitreisender versicherter Personen, wenn diese ihren gebuchten Aufenthalt aufgrund eines medizinisch sinnvollen Rücktransportes vorzeitig beenden oder aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes des Versicherten verlängern müssen.
- 2.6.7 Wir erstatten die notwendigen Mehrkosten, die im Falle Ihres Ablebens durch Ihre Überführung an Ihren ständigen Wohnsitz entstehen.
- 2.6.8 Erstattet werden die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

- 2.6.9 Wir organisieren und bezahlen die zusätzliche Rückholung des Reisegepäcks, sofern alle mitversicherten erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden oder verstorben sind.

2.7 Nachleistung im Ausland

Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht (einschließlich eines dann eventuell notwendig werdenden Rücktransportes) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

2.8 Weitere Leistungen

2.8.1 Telefonkosten bei Kontaktaufnahme mit der Notrufzentrale

Im Versicherungsfall erstatten wir die Telefonkosten, die Ihnen durch die Kontaktaufnahme mit unserer Notrufzentrale entstehen.

2.8.2 Aufwandsentschädigung

Werden alle im Ausland angefallenen Heilbehandlungskosten, die unter die Leistungspflicht dieser Bestimmungen fallen, vor unserer Inanspruchnahme einem anderen Leistungsträger/Versicherer eingereicht, der sich an der Kostenerstattung beteiligt, zahlen wir – über die Kostenerstattung hinaus – bei einer stationären Krankenhausbehandlung zusätzlich, maximal für 14 Tage, ein Krankenhaustagegeld von 50,- EUR pro Tag. Bei ambulanten Behandlungen (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen) leisten wir in diesen Fällen zusätzlich einmalig einen Betrag von 25,- EUR pro behandelte Person.

2.8.3 Ersatzweise Krankenhaustagegeld

Bei Auslandsreisen erhalten Sie im Falle einer medizinisch notwendigen und stationären Heilbehandlung wegen einer während der Auslandsreise eingetretenen Krankheit oder Verletzung wahlweise anstelle von Kostenersatzleistungen für die stationäre Heilbehandlung maximal für 30 Tage ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 50,- EUR pro Tag ab Beginn der stationären Krankenhausbehandlung. Das Wahlrecht ist unverzüglich bei Beginn der stationären Behandlung auszuüben.

3 Einschränkungen zum Versicherungsschutz und Leistungsausschlüsse

3.1 Leistungseinschränkungen

Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß oder übersteigen die Kosten einer Heilbehandlung das ortsübliche Maß, so können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3.2 Leistungsfreiheit

Wir leisten nicht für:

- 3.2.1 die bei Vertragsabschluss bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbaren Folgen sowie die für die versicherte Person absehbaren Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsabschluss behandelt worden sind;
- 3.2.2 die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- 3.2.3 die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- 3.2.4 solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Als vorhersehbar gelten Kriegereignisse oder innere Unruhen

insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland – vor Reisebeginn – für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht;

- 3.2.5 die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- 3.2.6 Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, es sei denn, das tariflich eine andere Regelung besteht oder dass diese Behandlungen im Anschluss an eine versicherte, vollstationäre Krankenhausbehandlung wegen eines schweren Schlaganfalles, schweren Herzinfarktes oder einer schweren Skeletterkrankung (Bandscheiben-OP, Hüftendoprothese) erfolgen, zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus dienen und Leistungen vor Behandlungsbeginn von uns schriftlich zugesagt wurden;
- 3.2.7 Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- 3.2.8 ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eintretenden Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn Sie sich in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten haben;
- 3.2.9 Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder sowie durch Personen, mit denen Sie innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenleben; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- 3.2.10 solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kernenergie oder Eingriffe von hoher Hand verursacht sind;
- 3.2.11 eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- 3.2.12 Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen;
- 3.2.13 Zahnersatz, Stiftdzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen, sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen;
- 3.2.14 Immunisierungsmaßnahmen oder Vorsorgeuntersuchungen, sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen;
- 3.2.15 Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
- 3.2.16 Organspenden und deren Folgen.
- 3.2.17 wenn Sie uns arglistig über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

Teil C Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 19 Anzeigepflicht

(1) ¹Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. ²Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. ²In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei

Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.²Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5)¹Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.²Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6)¹Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen.²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(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.

§ 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)¹Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss.²Die 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)¹Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist.²Die 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.³Die 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.

Schlichtungsstellen

Wir weisen Sie an dieser Stelle auf die Möglichkeit zur außergerichtlichen Streitbeilegung hin.

Für die Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt durch eine freiwillige Mitgliedschaft der HanseMerkur im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. satzungsgemäß die Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle.

Ombudsmann

Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Hotline: 01802 550 444

Fax: 030 204 589 31

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.pkv-ombudsmann.de.