WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung Young Travellers Weltreiseversicherung – Premium – (AVB Young Travellers Premium 07/2026)

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

1. Allgemeine Regelungen 2

1.1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung? 2

1.1.1 Wer ist versichert? 2

1.1.2 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz? 2

1.1.3 Welche Reisen sind versichert? 2

1.2 Was gilt für den Versicherungsvertrag? 2

1.2.1 Bis wann und für welche Dauer schließen Sie den Versicherungsvertrag ab? 2

1.2.2 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag? 2

1.2.3 Welches Gericht ist zuständig? 3

1.2.4 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten? 3

1.3 Was müssen Sie bei der Zahlung des Beitrags beachten? 3

1.3.1 Was müssen Sie bei der Zahlung des ersten/einmaligen Beitrags beachten? 3

1.3.2 Was müssen Sie bei der Zahlung der Folgebeiträge beachten? 3

1.3.3 Was gilt für die Höhe des Beitrags? 3

1.3.4 Was gilt für den Beitragseinzug? 3

1.4 Welche Einschränkungen gelten für den Versicherungsschutz? 3

1.5 Was gilt bei Internationalen Sanktionen und Embargos? 3

1.6 Wann verjähren Ihre Ansprüche? 3

1.7 Was gilt im Schadenfall? 3

1.7.1 Was gilt für die Entschädigung? 3

1.7.2 Welche allgemeinen Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie? 4

1.7.3 Welche Folgen hat die Verletzung von Pflichten (Obliegenheiten)? 4

1.7.4 Welche Ansprüche gegen Dritte gehen auf uns über? 4

1.7.5 Was müssen Sie bei der Aufrechnung von Forderungen beachten? 4

2. Regelungen zur Auslandsreisekrankenversicherung 4

2.1 Welche allgemeinen Regelungen gelten zur Auslandsreisekrankenversicherung? 4

2.1.1 Was ist versichert? 4

2.1.2 Welcher Versicherungsschutz besteht bei einem Heimaturlaub? 4

2.1.3 Was ist ein Versicherungsfall? 4

2.1.4 Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen? 4

2.1.5 Für welche Methoden leisten wir? 4

2.1.6 Welcher Selbstbehalt gilt vereinbart? 5

2.2 Was leisten wir im Versicherungsfall? 5

2.2.1 Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen? 5

2.2.2 Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen? 5

2.2.3 Was erstatten wir bei verspäteter Rückkehr infolge eines Krankenhausaufenthaltes? 5

2.2.4 Was gilt für die Zahlung von ersatzweisem Krankenhaustagegeld? 5

2.2.5 Welche Kosten übernehmen wir bei Rehabilitationsmaßnahmen? 5

2.2.6 Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen? 5

2.2.7 Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel? 5

2.2.8 Was leisten wir bei Schwangerschaft? 6

2.2.9 Was leisten wir im Rahmen einer Frühgeburt für Neugeborene? 6

2.2.10 Was gilt für die Versicherung von Neugeborenen? 6

2.2.11 Was leisten wir bei psychischen Behandlungen? 6

2.2.12 Was leisten wir bei einem Rücktransport? 6

2.2.13 Was leisten wir bei einer Bergung? 6

2.2.14 Was leisten wir, wenn der Versicherte stirbt? 6

2.2.15 Was leisten wir, wenn Kinder betreut werden müssen? 6

2.2.16 Was gilt für Rückreisekosten ins Heimatland bei einer notfallbedingten Heimreise? 6

2.2.17 Welchen zusätzlichen Service bieten wir? 6

2.2.18 Wann verlängern wir Ihren Versicherungsschutz über die vereinbarte Dauer hinaus? 7

2.2.19 Was gilt für Vorsorgeuntersuchungen? 7

2.3 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt? 7

2.3.1 In welchen Fällen leisten wir eingeschränkt? 7

2.3.2 In welchen Fällen leisten wir nicht? 7

2.4 Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall? 8

2.4.1 Was gilt für die Verpflichtung zur Auskunft? 8

2.4.2 Wann müssen Sie unverzüglich mit uns Kontakt aufnehmen? 8

2.4.3 Was gilt für die Entbindung von der Schweigepflicht? 8

2.4.4 Welche Nachweise müssen Sie erbringen? 8

2.4.5 Welche Folgen hat die Verletzung von Pflichten (Obliegenheiten)? 8

31/09/927Premium/02/07.26/254

1. Allgemeine Regelungen

1.1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

1.1.1 Wer ist versichert?

1.1.1.1 Der Versicherungsschutz besteht für versicherte Personen.

1.1.1.2 Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen.

1.1.1.3 Versicherungsfähig sind Personen, die zum Vertragsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

1.1.1.4 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.

Nicht versicherungsfähig sind Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind vor allem der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände zu berücksichtigen.

1.1.2 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

1.1.2.1 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 besteht für den im Versicherungsschein genannten Zeitraum. Längstens bis zu 36 Monate.

1.1.2.2 Der Versicherungsschutz endet jeweils:

- Nach den ersten 36 Monaten Ihrer versicherten Auslandsreise. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle;
- Mit Ende der Auslandsreise. Diese endet mit dem Grenzübertritt in das Land Ihres ständigen Wohnsitzes. Ziffer 2.1.2 bleibt hiervon unberührt;
- Mit Ende des Versicherungsverhältnisses;
- Mit Ende des Rücktransportes gemäß Ziffer 2.2.12;
- mit der dauerhaften Verlegung des ständigen Wohnsitzes ins Ausland.

1.1.3 Welche Reisen sind versichert?

1.1.3.1 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;
- Weltreisende;
- Langzeitreisende;
- Digital Nomads.

Ausgeschlossen sind:

Arbeitnehmer, wenn:

- Sie von Ihrer Firma ins Ausland gesendet wurden;
- Sie dort eine berufliche Tätigkeit ausführen.

Auswanderer, wenn:

- Sie dauerhaft im Ausland leben;
- Sie dort einer Tätigkeit nachgehen.

1.1.3.2 Der Versicherungsschutz gilt für den vereinbarten örtlichen Geltungsbereich für Reisen im Ausland. Als Ausland gilt nicht das Land, in dem Sie bei Antragstellung einen gemeldeten Wohnsitz haben.

1.1.3.3 Wir bieten Tarife mit verschiedenen Geltungsbereichen an (zum Beispiel Tarife ohne Versicherungsschutz für USA/Kanada/Mexiko).

Ihre Reiseroute oder Ihr Reiseziel ändert sich? Sie möchten nun auch in nicht versicherte Länder reisen? Dann teilen Sie uns dies bitte unbedingt in Form eines Antrages mit. Sonst besteht die Gefahr, den Versicherungsschutz zu verlieren. Wir prüfen dann Ihren Versicherungsvertrag und erstellen Ihnen die Unterlagen für den erweiterten Versicherungsschutz. Die zusätzliche Prämie wird dann nur für die Zeit des Aufenthaltes in den genannten Ländern berechnet.

Transitaufenthalte bis maximal zwei Übernachtungen sind auch im Tarif ohne USA/Kanada/Mexiko mitversichert. Versichert sind darüber hinaus einmalig Auslandsaufenthalte in die USA und/oder Kanada und/oder Mexiko bis zu 14 Tagen, sofern Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens 7 Monaten hat.

1.2 Was gilt für den Versicherungsvertrag?

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

1.2.1.1 Den Vertrag können Sie jederzeit abschließen. Haben Sie Ihre Reise bereits vor Abschluss dieses Versicherungsvertrages angetreten, gilt für alle Leistungen aus diesem Vertrag zusätzlich eine allgemeine Wartezeit von 31 Tagen ab Beginn des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer 1.1.2 vereinbart, wenn keine lückenlose Vorversicherung bestanden hat. 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. Zudem entfällt die Wartezeit, wenn nachweislich ab Reisebeginn lückenlos bis zum Beginn dieses Versicherungsvertrages eine Auslandskrankenversicherung bei einem anderen Versicherer bestanden hat, die mindestens 31 Tage bestand und mindestens ambulante und stationäre Heilbehandlungskosten versichert hat. Das Datum des Reiseantritts müssen Sie auf Verlangen nachweisen.

1.2.1.2 Der Vertrag gilt für die vereinbarte Dauer. Er endet zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsende). Spätestens jedoch nach 36 Monaten. Die Versicherungsdauer beträgt mindestens 1 Monat.

1.2.1.3 Sie haben zunächst eine Versicherungsdauer von weniger als 36 Monaten 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 einer Vertragsverlängerung wird rückwirkend ab Versicherungsbeginn der für die Gesamtreisedauer gültige Tarifbeitrag erhoben. Hierdurch kann es zu einer Beitragsnachbelastung für die bereits versicherte und bezahlte Versicherungsdauer kommen.

1.2.1.4 Den Vertrag können Sie täglich zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats kündigen. Sie beenden Ihre Reise früher als geplant? Dann reichen Sie uns einen Nachweis ein. Dies kann z. B. eine Kopie von Ihrem Rückreiseticket sein. Wir heben den Vertrag dann zum Rückreisedatum auf. Der nicht verbrauchte Beitrag wird Ihnen erstattet.

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.

1.2.1.5 Der Vertrag endet, wenn der Versicherungsnehmer stirbt. Die versicherte Person kann den Vertrag fortsetzen, wenn sie uns den künftigen Versicherungsnehmer mitteilt. Sie muss die Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abgeben.

1.2.2 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

In welchem Umfang Sie versichert sind, finden Sie:

- im Antrag, auch Onlineantrag;
- im Versicherungsschein;
- in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen;
- in den besonderen Bedingungen;
- in besonderen schriftlichen Vereinbarungen.

Außerdem gelten die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland. Falls internationales Recht nicht entgegensteht. Wir betreiben diese Versicherung in Form der Schadenversicherung gegen feste Prämie.

Hinweis zum Datenschutz:

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung des Vertrages. 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.

1.2.3 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.

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

Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie in Textform an uns senden. Zum Beispiel per:

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

Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

1.3 Was müssen Sie bei der Zahlung des Beitrags beachten?

1.3.1 Was müssen Sie bei der Zahlung des ersten/einmaligen Beitrags beachten?

1.3.1.1 Der erste oder einmalige Beitrag ist sofort fällig, nachdem Sie den Versicherungsschein erhalten. Frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Versicherung.

1.3.1.2 Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Ist der erste oder einmalige Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, sofern Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben.

Wir sind nur leistungsfrei, wenn:

- wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein

auf die genannten Folgen hingewiesen haben.

1.3.2 Was müssen Sie bei der Zahlung der Folgebeiträge beachten?

1.3.2.1 Die Folgebeiträge werden zum jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

1.3.2.2 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Sie in Textform zur Zahlung auffordern. Dabei setzen wir eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen fest. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern. Außerdem müssen wir Sie auf die Rechtsfolgen der Nichtzahlung hinweisen.

Sie sind nach Fristablauf mit der Prämie, den Zinsen oder den Kosten in Verzug?

In diesem Fall sind wir bei Eintritt eines Versicherungsfalles nicht zur Leistung verpflichtet. Zudem können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie die offenen Beträge innerhalb eines Monats nach Fristablauf bezahlen. Zwischen dem Fristablauf und der Zahlung ist ein Versicherungsfall eingetreten? Hierfür besteht kein Versicherungsschutz.

1.3.3 Was gilt für die Höhe des Beitrags?

Die Prämie richtet sich nach dem Alter der versicherten Person(en) zum Versicherungsbeginn und dem gewählten Geltungsbereich.

1.3.4 Was gilt für den Beitragseinzug?

1.3.4.1 Haben wir mit Ihnen Beitragseinzug per Lastschrift vereinbart?

Dann ziehen wir unverzüglich nach Erteilung des Mandats ein. Frühestens zum vereinbarten Beginn der Versicherung. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn wir den Beitrag am Abbuchungstag einziehen können. Vorausgesetzt, Sie widersprechen der Lastschrift nicht.

Sie gilt ebenfalls als rechtzeitig, wenn:

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

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

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

1.4 Welche Einschränkungen gelten für den Versicherungsschutz?

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

Wir leisten nicht, wenn Sie den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die Einschränkungen des Versicherungsschutzes in Ziffer 2.3.

1.5 Was gilt bei Internationalen Sanktionen und Embargos?

Versicherungsschutz besteht nur, soweit und solange diesem keine unmittelbar anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt ebenfalls für entsprechende Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika soweit nicht durch geltende europäische oder deutsche Regelungen ausgeschlossen.

1.6 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

Ihre Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Ende des Kalenderjahres, in dem die Versicherungsleistung fällig wird. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet? Dann bleibt der Zeitraum zwischen der Anmeldung und dem Zugang unserer schriftlichen Entscheidung bei Berechnung der Frist unberücksichtigt.

1.7 Was gilt im Schadenfall?

1.7.1 Was gilt für die Entschädigung?

1.7.1.1 Wir zahlen, wenn:

- unsere Pflicht zur Leistung dem Grunde und der Höhe nach feststeht.
- uns die Rechnungen im Original und notwendigen Nachweise vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

1.7.1.2 Wir rechnen Ihre Kosten in ausländischer Währung um. Umgerechnet wird zum Euro-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 erstattenden Betrag abziehen:

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

1.7.1.3 Vielleicht haben Sie auch bei anderen Versicherern Versicherungsschutz für Reisen. Das kann z. B. die gesetzliche Krankenversicherung oder ein 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. 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 in diesem Tarif versicherten Kosten. Ob und wie diese aufgeteilt werden, klären wir dann mit den anderen Versicherern.

Wir verzichten auf eine Kostenteilung mit einer privaten Krankenversicherung, wenn Ihnen hierdurch Nachteile entstehen.

1.7.1.4 Wer ist der Empfänger der Leistungen?

Ihnen sind Kosten aufgrund eines während der Auslandsreise eintretenden Versicherungsfalls entstanden? Diese sind im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen versichert? Dann leisten wir direkt an Sie. Auch wenn der Versicherungsvertrag von einer anderen Person für Sie abgeschlossen wurde.

1.7.2 Welche allgemeinen Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie?

Zu Ihren Pflichten gehört, dass Sie:

- korrekte Angaben machen.
- uns angeforderte Belege vorlegen.
- sonstige, in diesen Bedingungen formulierte Pflichten erfüllen.

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die Obliegenheiten in Ziffer 2.4.

1.7.3 Welche Folgen hat die Verletzung von Pflichten (Obliegenheiten)?

Verletzen Sie eine Ihrer Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Ihrer Pflichten sind wir dazu berechtigt die Leistung zu kürzen. Dies in dem Verhältnis der Schwere Ihres Verschuldens.

Sie weisen uns nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben? Dann sind wir zur Leistung verpflichtet.

Ebenso leisten wir, wenn die Verletzung Ihrer Pflichten:

- nicht ursächlich für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles ist.
- keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat.

Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Wir sind nur vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie auf die genannten Folgen hingewiesen haben. Dies durch gesonderte Mitteilung in Textform.

1.7.4 Welche Ansprüche gegen Dritte gehen auf uns über?

Ersatzansprüche gegen Dritte müssen Sie bis zur Höhe der von uns geleisteten Zahlung an uns abtreten. Dies sofern Ihnen kein Nachteil entsteht.

Sie sind zudem verpflichtet, bei der Durchsetzung der Ersatzansprüche mitzuwirken. Die geltenden Vorschriften zur Form und Frist sind hierbei zu beachten.

Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles in häuslicher Gemeinschaft leben? Dann können wir den Übergang nicht geltend machen. Hiervon ausgenommen ist, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht.

Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art müssen Sie schriftlich an uns abtreten. Und zwar bis zur Höhe, in der wir aus dem Vertrag Kostenersatz leisten.

Haben Sie von schadenersatzpflichtigen Dritten Kostenerstattung erhalten, dürfen wir diese auf unsere Leistungen anrechnen.

1.7.5 Was müssen Sie bei der Aufrechnung von Forderungen beachten?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, falls die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können Sie weder abtreten noch verpfänden.

2. Regelungen zur Auslandsreisekrankenversicherung

2.1 Welche allgemeinen Regelungen gelten zur Auslandsreisekrankenversicherung?

2.1.1 Was ist versichert?

Wir leisten bei einem während der versicherten Reise eintretenden Versicherungsfall.

2.1.2 Welcher Versicherungsschutz besteht bei einem Heimaturlaub?

Haben Sie einen Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten geplant und den Vertrag für diesen Zeitraum oder länger abgeschlossen? Dann sind Sie auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Heimatland versichert – maximal 8 Wochen je Versicherungsjahr. Vorausgesetzt, es handelt sich um eine vorübergehende Rückkehr ins Heimatland mit anschließendem Auslandsaufenthalt von mindestens 4 Wochen.

Versichert sind Schadenfälle, die neu während des Aufenthalts im Heimatland eintreten. Die Fortsetzung bereits im Ausland begonnener Behandlungen oder eine erstmalige Behandlung im Heimatland wegen schon im Ausland eingetretener Erkrankungen, Verletzungen, Zahnbeschwerden oder Schwangerschaften ist nur versichert, wenn die Kostenübernahme vor Antritt des Heimaturlaubs beim Versicherer beantragt und genehmigt wurde.

2.1.3 Was ist ein Versicherungsfall?

Ein Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen:

- einer Erkrankung;
- den Folgen eines Unfalls;
- unerwarteten Akutwerdens einer Vorerkrankung während der Reise. Voraussetzung ist eine vor der Reise von einem Arzt im Heimatland ausgestellte Unbedenklichkeitsbestätigung, die ausdrücklich die Reisefähigkeit bestätigt. Diese ist im Schadenfall einzureichen.

  Ausgeschlossen sind absehbare (erwartbare) Folgen von Krankheiten oder Unfällen, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsabschluss behandelt wurden – auch dann, wenn diese Krankheiten oder Unfälle bei Vertragsabschluss nicht mehr bestehen oder als geheilt gelten.

  Ebenfalls nicht versichert sind Medikamenten-Nachkäufe und die Fortsetzung von vor der Abreise begonnenen Behandlungen.

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:

- der medizinisch notwendige Abbruch einer Schwangerschaft;
- die Entbindung wegen einer Früh- oder Fehlgeburt;
- der medizinisch sinnvolle und vertretbare Krankenrücktransport;
- der Tod.

Die Schwangerschaft tritt nach dem 6. Versicherungsmonat ein? Dann besteht auch Versicherungsschutz für die Kosten von Vorsorgeuntersuchungen und Entbindungen. Diese Frist gilt nicht bei Entbindungen wegen einer Früh- oder Fehlgeburt.

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 Ziffer 2.2. Bitte lesen Sie auch Ziffer 2.3 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, in welchen Fällen wir nicht oder eingeschränkt leisten.

2.1.4 Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Wählen Sie frei unter folgenden im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen:

- Ärzten;
- Zahnärzten;
- Heilpraktikern;
- Chirotherapeuten;
- Osteopathen;
- Krankenhäusern.

Das Krankenhaus muss unter ständiger ärztlicher Leitung stehen.

2.1.5 Für welche Methoden leisten wir?

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.
- nur statt Schulmedizin verfügbar sind.

Zu diesen Methoden zählen z. B.:

- homöopathische Behandlungen;
- Schröpfen;
- Akupunktur zur Behandlung von Schmerzen;
- Behandlung mit Eigenblut;
- Chirotherapie;
- therapeutische Lokalanästhesie.

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

2.1.6 Welcher Selbstbehalt gilt vereinbart?

Es ist kein Selbstbehalt vereinbart.

2.2 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.

Bei Heimaturlaub 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 für das Gebiet zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse.

Bei Heimaturlaub in einem anderen Land als Deutschland vergüten wir die dort üblichen Kosten medizinischer Behandlungen.

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

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

Wir erstatten die Kosten für:

- medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlungen.
- den notwendigen Transport zum nächst erreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt. Sofern es sich um eine erforderliche Erstversorgung handelt. Der Transport zurück in die Unterkunft ist ebenfalls mitversichert.

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

Falls notwendig, geben wir gegenüber dem Krankenhaus eine Garantie zur Übernahme der Kosten ab. Dies erfolgt über unseren weltweiten Notruf-Service.

Wir erstatten die Kosten für:

2.2.2.1 die Heilbehandlung im Krankenhaus. Hierzu zählen auch:

- Unterkunft;
- Verpflegung;
- Pflege im Krankenhaus.

2.2.2.2 den Transport in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus

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

Dies gilt auch für den Transport zurück in die Unterkunft.

2.2.2.3 die notwendigen Operationen und Nebenkosten der Operation.

2.2.2.4 die Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn die versicherte Person jünger als 18 Jahre alt ist.

2.2.2.5 einen Krankenbesuch einer nahestehenden Person. Sofern Sie stationär im Krankenhaus bleiben müssen. Und feststeht, dass der Aufenthalt mehr als fünf Tage dauern wird. Bei Ankunft des Besuchs darf der stationäre Aufenthalt noch nicht abgeschlossen sein. Auf Wunsch organisieren wir die Reise zum Krankenhaus und zurück zum Wohnort. Wir übernehmen die Hin- und Rückreisekosten. Bei der Wahl des Beförderungsmittels berücksichtigen wir die wirtschaftliche Verhältnismäßigkeit.

2.2.2.6 bis zu zehn Übernachtungen pro versicherter Person im Hotel. Falls die gebuchte Auslandsreise aufgrund Ihres Aufenthalts im Krankenhaus unterbrochen oder verlängert werden muss. Der Betrag hierfür ist auf insgesamt 2.500 EUR begrenzt.

2.2.2.7 Die Gepäckrückholung. Wurden alle versicherten und mitgereisten erwachsenen Personen zurücktransportiert oder sind verstorben? Dann organisieren wir die Rückholung des Reisegepäcks und übernehmen dafür die Mehrkosten.

2.2.3 Was erstatten wir bei verspäteter Rückkehr infolge eines Krankenhausaufenthaltes?

Wir übernehmen die zusätzlichen Rückreisekosten. Dies, sofern die Rückreise aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes von mindestens 10 Tagen verspätet angetreten wird. Bei der Erstattung berücksichtigen wir die Qualität der gebuchten Reise. 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.

2.2.4 Was gilt für die Zahlung von ersatzweisem Krankenhaustagegeld?

Sie wünschen keine Erstattung der Kosten für stationäre Behandlungen nach Punkt 2.2.2? Dann steht Ihnen ersatzweise ein Tagegeld in Höhe von 50 EUR pro Tag zu. Dies für jeden Tag der vollstationären Behandlung, maximal jedoch für 30 Tage.

2.2.5 Welche Kosten übernehmen wir bei Rehabilitationsmaßnahmen?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen. Sofern sie im Anschluss an eine Heilbehandlung erfolgen.

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

2.2.6.1 Wir erstatten die Kosten für notwendige

- schmerzstillende Zahnbehandlungen;
- Zahnfüllungen in einfacher Ausführung;
- Reparatur von vorhandenem Zahnersatz.

2.2.6.2 Ihr Zahnersatz ist erstmals erforderlich? Dann übernehmen wir bis zu 1.000 EUR pro Versicherungsjahr. Dies nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten.

Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten:

- Stiftzähne;
- Einlagefüllungen;
- Überkronungen;
- Brücken.

2.2.6.3 Ihr Zahnersatz ist aufgrund eines Unfalls erstmals erforderlich? Dann übernehmen wir bis zu 1.500 EUR pro Versicherungsjahr. Eine Wartezeit gilt hierfür nicht.

2.2.6.4 Übersteigt eine Zahnbehandlung nach Kostenplan des Zahnarztes 2.000 EUR, muss sie vor Beginn der Behandlungen vom Versicherer genehmigt werden.

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

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige und von unter Ziffer 2.1.4 genannten Behandlern verordnete:

- Medikamente und Verbandmittel;
- Heilmittel;
- Hilfsmittel.

2.2.7.1 Als Medikamente zählen nicht, auch wenn sie verordnet sind:

- Nähr- und Stärkungsmittel sowie
- kosmetische Präparate.

2.2.7.2 Heilmittel sind:

- Behandlungen durch Strahlungen;
- Behandlungen durch Licht;
- Behandlungen durch Wärme;
- sonstige physikalische Behandlungen;
- medizinische Packungen und Hydrotherapie;
- Inhalationen;
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie).

2.2.7.3 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.

Kosten für Sehhilfen und Hörgeräte (z. B. Brillen, Kontaktlinsen) erstatten wir nicht.

Wir erstatten die medizinisch notwendigen Kosten für die Anschaffung von Herzschrittmachern oder Prothesen. Falls Sie diese wegen Unfällen brauchen. Diese müssen Sie erstmalig während der Reise benötigen. Dabei steht die Sicherung der Transportfähigkeit im Vordergrund.

2.2.8 Was leisten wir bei Schwangerschaft?

2.2.8.1 Sofortiger Versicherungsschutz besteht für:

- medizinisch notwendige Untersuchungen und/oder Behandlungen durch einen Arzt wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder -komplikationen;
- eine Heilbehandlung bei einer Fehlgeburt;
- einen medizinisch notwendigen Abbruch der Schwangerschaft;
- eine Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche.

2.2.8.2 Wir erstatten die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und Entbindungen, wenn die Schwangerschaft nach dem 6. Versicherungsmonat eingetreten ist. Dies gilt nicht bei Entbindungen wegen einer Früh- oder Fehlgeburt. Die Erstattung von Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen ist nur möglich, wenn die Kosten nicht gleichzeitig durch einen Arzt in Rechnung gestellt werden.

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.

2.2.9 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. Ziffer 2.2.10 über uns versichert wird. Andere Versicherungen gehen dieser Versicherung vor.

2.2.10 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.
- kein anderweitiger Versicherungsschutz für das Neugeborene besteht.

2.2.11 Was leisten wir bei psychischen Behandlungen?

Wir erstatten die Kosten für erstmalige und einmalige ambulante psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlungen bis zu 10 Sitzungen, max. jedoch 1.500 EUR pro Versicherungsjahr. Vorausgesetzt, diese wurde vor Beginn der Behandlungen von uns genehmigt. Hierfür benötigen wir einen Nachweis der während der Versicherungszeit eingetretenen medizinischen Notwendigkeit dieser Behandlungen. Dies gilt für Versicherungsfälle die nach der Wartezeit von 6 Monaten eintreten.

Ergibt sich dabei die Notwendigkeit einer stationären Behandlung, werden die zusätzlichen Rückreisekosten in das Heimatland übernommen. Ersetzt werden nur die Kosten der einfachen Sitzklasse.

2.2.12 Was leisten wir bei einem Rücktransport?

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

Wir organisieren diesen und ersetzen die Kosten.

Hierfür muss eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- 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. Hierfür muss eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

Die Begleitung ist:

- Medizinisch erforderlich;
- Behördlich angeordnet;
- Seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben.

2.2.13 Was leisten wir bei einer Bergung?

Ihnen sind im Ausland Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze von Rettungsdiensten entstanden? Diese aufgrund eines Unfalls oder wegen Tod?

Wir erstatten hierfür die Kosten bis zu einem Betrag von 10.000 EUR. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person eine unfreiwillige Schädigung der Gesundheit erleidet. Dies durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis.

2.2.14 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.

2.2.15 Was leisten wir, wenn Kinder betreut werden müssen?

Wir organisieren und bezahlen die Betreuung der versicherten minderjährigen Kinder. Diese können somit die Reise fortsetzen oder abbrechen. Dafür muss folgende Voraussetzung erfüllt sein:

Alle mitreisenden Betreuenden sind:

- in stationärer Behandlung;
- zurücktransportiert oder
- verstorben.

2.2.16 Was gilt für Rückreisekosten ins Heimatland bei einer notfallbedingten Heimreise?

Wir erstatten die Kosten für eine außerplanmäßige und vorübergehende Rückreise ins Heimatland in einfacher Reiseform (z. B. Bahnfahrt 2. Klasse oder günstigstes Ticket der Touristenklasse) bei Tod eines Angehörigen. Voraussetzung ist, dass der Todesfall erst nach Ankunft der versicherten Person im Gastland eingetreten ist, das ursprüngliche Ticket nicht genutzt oder umgebucht werden kann und die Reise nachweislich für mindestens 4 Wochen fortgesetzt wird. Als Angehörige gelten Eltern, Großeltern und Geschwister. Die Höchstersatzleistung ist pro Versicherungsjahr auf 1.000 EUR begrenzt.

2.2.17 Welchen zusätzlichen Service bieten wir?

2.2.17.1 Was gilt für Erstattung von Telefonkosten?

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

2.2.17.2 Versand von 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.

2.2.17.3 Organisation und Vermittlung

Im Schadenfall bieten wir Ihnen folgende Leistungen an:

- Die Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung bei Erkrankung im Ausland.
- Die Herstellung des Kontakts zwischen Hausarzt und behandelnden Arzt im Ausland. Wir übernehmen die hierdurch entstandenen Kosten.
- Die Organisation medizinischer Hilfeleistungen.
- Die Weiterleitung von Nachrichten an Ihre Familie, wenn Sie im Ausland erkranken. Dies gilt ebenfalls für Nachrichten an Ihren Arbeitgeber.
- Die Abgabe von Erklärungen zur Kostenübernahme vor Ort. Beispielsweise für Krankentransport oder Überführung.

2.2.17.4 Notrufservice

Für die unter Ziffer 2.2.17 genannten Leistungen sind wir rund um die Uhr telefonisch für Sie erreichbar.

Die Rufnummer lautet: +49 (0) 931 2795–250

2.2.18 Wann verlängern wir Ihren Versicherungsschutz über die vereinbarte Dauer hinaus?

In Ergänzung zu Ziffer 1.1.2.2 verlängern wir die Dauer Ihres Versicherungsschutzes. Und zwar wenn die Rückreise aus medizinischen Gründen innerhalb des versicherten Zeitraums nicht möglich ist. Wir verlängern den Versicherungsschutz bis Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

2.2.19 Was gilt für Vorsorgeuntersuchungen?

2.2.19.1 Versichert sind, nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten, Kosten für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis zu einem Betrag von 500 EUR je Versicherungsjahr. Dies, sofern diese Untersuchungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen vorgesehen sind.

2.2.19.2 Versichert sind, nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten, die Kosten für gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen für Frauen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bis zu 500 EUR je Versicherungsjahr.

2.2.19.3 Versichert sind, nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten, die Kosten für Zahnvorsorge, nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen bis zu 250 EUR je Versicherungsjahr.

2.2.19.4 Versichert sind, nach Ablauf einer Wartezeit von 12 Monaten, die Kosten für Impfungen bis zu 200 EUR.

Vorausgesetzt alle folgenden Punkte sind erfüllt:

- Die Impfung ist für die Einreise in das unmittelbar nächste Zielland gesetzlich oder behördlich zwingend vorgeschrieben.
- Die Impfung konnte aufgrund der begrenzten Wirkdauer bzw. des vorgeschriebenen Gültigkeitszeitraums des Impfstoffes nicht vor Antritt der Reise durchgeführt werden.
- Die Impfung wird während der versicherten Zeit verabreicht.

Für die Prüfung des Leistungsanspruchs sind folgende Unterlagen einzureichen:

- eine aktuelle Kopie bzw. ein Ausdruck der offiziellen Einreisebestimmungen des Ziellandes, aus denen die Impfpflicht hervorgeht;
- eine Bestätigung des Hausarztes im Heimatland des Versicherten, dass die Impfung aufgrund der begrenzten Wirkdauer bzw. des vorgeschriebenen Gültigkeitszeitraums des Impfstoffes nicht vor der Abreise durchgeführt werden konnte;
- die Rechnung über die durchgeführte Impfung.

Nicht versichert sind

- Auffrischungsimpfungen (Booster-Impfungen);
- die Fortsetzung oder Vervollständigung von vor Beginn der versicherten Reise bereits begonnenen Impfserien;
- Impfungen, die lediglich empfohlen, jedoch nicht zwingende Voraussetzung für die Einreise in das nächste Zielland sind.

2.3 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

2.3.1 In welchen Fällen leisten wir eingeschränkt?

Wir können die Leistungen auf einen angemessenen Betrag reduzieren, wenn:

- die Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt.
- die Kosten für die Heilbehandlung das ortsübliche Maß übersteigen.

2.3.2 In welchen Fällen leisten wir nicht?

Wir leisten nicht für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Auch in den folgenden Fällen leisten wir nicht:

2.3.2.1 Für Behandlungen,

- die der einzige Grund oder
- einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.

2.3.2.2 Für Behandlungen,

- deren Notwendigkeit bei Reiseantritt feststand und
- die wegen einer bereits vor Reiseantritt ärztlich diagnostizierten Erkrankung erfolgten.

Ausnahme:

Sie unternehmen die Reise wegen des Todes des Ehepartners oder Lebensgefährten, oder eines Verwandten 1. Grades.

2.3.2.3 Für durch vorhersehbaren Krieg oder aktive Teilnahme an Unruhen entstehende:

- Krankheiten und deren Folgen;
- Unfälle und deren Folgen;
- Todesfälle.

Als vorhersehbar gilt dies, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht. Dies muss vor Beginn der Reise geschehen.

2.3.2.4 Für Kuren und Behandlungen im Sanatorium sowie Rehabilitationsmaßnahmen, es sei denn, dass 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.

2.3.2.5 Für 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.

2.3.2.6 Für Krankheiten sowie Unfälle und deren Folgen, die durch:

- Vorsatz;
- Selbstmord und der Versuch eines Selbstmords sowie
- Sucht (z. B. Alkohol, Drogen etc.)

hervorgerufen werden. Dieser Ausschluss gilt ebenso für Behandlungen, die dem Entzug oder der Entwöhnung dienen.

2.3.2.7 Für Behandlungen durch:

- Ehepartner/Lebensgefährten;
- Eltern;
- Kinder.

Für nachgewiesene, versicherte Sachkosten leisten wir auch in diesen Fällen.

2.3.2.8 Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kernenergie oder Eingriffe von hoher Hand verursacht sind.

2.3.2.9 Für Behandlungen sowie Unterbringungen wegen:

- Siechtum;
- Pflegebedürftigkeit oder
- Verwahrung;
- Für Organspenden und deren Folgen.

2.3.2.10 Für Behandlungen von:

- Geistes- und Gemütskrankheiten;
- Hypnose;
- Psychotherapie

einschließlich der hierfür verwendeten Arzneimittel und Kranken-Rücktransport, sofern nichts anderes vereinbart ist. Beachten Sie hierzu jedoch Ziffer 2.2.11.

Für Immunisierungsmaßnahmen oder Vorsorgeuntersuchungen, sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen.

2.3.2.11 Für:

- kieferorthopädische Behandlungen;
- prophylaktische Leistungen;
- Aufbissbehelfe und Schienen;
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen;
- implantologische Zahnleistungen;
- Für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane.

2.4 Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?

2.4.1 Was gilt für die Verpflichtung zur Auskunft?

Halten Sie den Schaden möglichst gering. Vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte. Alle Angaben zum Schadenfall müssen Sie richtig und vollständig machen.

Damit wir das Vorliegen eines Versicherungsfalles feststellen können, müssen Sie uns über alles informieren. Dann können wir unsere Pflicht zu leisten prüfen.

Sie sind verpflichtet, sich durch einen unserer Ärzte untersuchen zu lassen. Sofern wir es für notwendig halten.

2.4.2 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.

2.4.3 Was gilt für die Entbindung von der Schweigepflicht?

Sie müssen uns bevollmächtigen, Auskünfte einholen zu dürfen. Und zwar zu früheren, bestehenden und bis zum Ende des Vertrages eintretenden:

- Krankheiten;
- Folgen von Unfällen;
- Gebrechen.

Dies gilt auch für beantragte, bestehende und beendete Personenversicherungen.

Sie müssen außerdem:

- Behandler;
- Versicherungsträger;
- Gesundheits- und Versorgungsämter

von ihrer Schweigepflicht befreien.

2.4.4 Welche Nachweise müssen Sie erbringen?

Wir benötigen von Ihnen folgende Nachweise, die unser Eigentum werden:

2.4.4.1 Originalbelege, welche folgende Informationen enthalten müssen:

- Name des Behandlers;
- Vor- und Nachname der behandelten Person;
- Geburtsdatum der behandelten Person;
- Bezeichnung der Krankheit;
- Art der Leistung;
- Ort der Leistung;
- Zeitraum der Leistungen des Behandlers.

Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten.

Auf unser Verlangen müssen Sie Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise im Schadenfall nachweisen.

Haben Sie die Originalbelege einem anderen Versicherer zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungskopien.

Darauf muss vermerkt sein, welche Positionen erstattet wurden. Falls notwendig, müssen Sie uns von fremdsprachigen Belegen eine deutsche Übersetzung vorlegen.

2.4.4.2 Rezepte, welche folgende Informationen enthalten müssen:

- Verordnete Arzneimittel;
- Preis und Quittungsvermerk.

2.4.4.3 Eine amtliche Sterbeurkunde, wenn wir eine Überführung bzw. Bestattung bezahlen sollen. Ebenso eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache.

2.4.4.4 Weitere von uns angeforderte Nachweise und Belege, die wir für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen. Dies gilt nur, wenn Ihnen die Beschaffung zugemutet werden kann.

2.4.5 Welche Folgen hat die Verletzung von Pflichten (Obliegenheiten)?

Die Rechtsfolgen bei Verletzung der Obliegenheiten ergeben sich aus Ziffer 1.7.3.

Schadenmeldung:
Sie können Ihren Schaden einfach und schnell online melden:
https://www.travelsecure.de/schaden-melden.html
Gerne auch per Post oder telefonisch.

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstraße 11 | 97070 Würzburg
Telefon 0931 2795–0 | Telefax 0931 2795–291
Sitz der Gesellschaft Würzburg, Amtsgericht Würzburg, HRB 3500