

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von ausländischen Gästen bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2017 (CEco2017)



A: Allgemeiner Teil gültig für die in Teil B aufgeführten Tarife

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind gemäß der Prämienstaffel Personen, die:
 - a. eine ausländische Staatsangehörigkeit haben und sich nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens aufhalten,
 - b. die deutsche oder österreichische Staatsangehörigkeit haben und seit mehr als 2 Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben und sich nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens aufhalten.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
 - a. bei Abschluss des Versicherungsvertrages, bzw. der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag das 75. Lebensjahr (75. Geburtstag) vollendet haben;
 - b. im Aufenthaltsland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen;
 - c. Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes eine körperliche Tätigkeit in einem der in Anlage 1 aufgelisteten Berufe bzw. eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Bedingungen.
 - d. dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
 - e. zum Zeitpunkt der Antragstellung bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, während der Dauer ihres befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland einen oder mehreren aufeinander folgende Krankenversicherungsverträge gem. § 195 (3) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) abgeschlossen hatten, deren Gesamtversicherungsdauer einen Zeitraum von fünf Jahren überschritten hat. Dies gilt auch dann, wenn mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherungsgesellschaften bestanden haben;
 - f. sich bei Antragsstellung bereits länger als 12 Monate durchgehend im Ausland aufhalten, wenn sie während dieser Zeit nicht bei einer gesetzlichen oder privaten Kranken- oder Reise-Krankenversicherung versichert waren
 - g. illegal in das Aufenthaltsland eingereist sind bzw. sich dort illegal aufhalten.
4. Bei laufenden Verträgen endet die Versicherungsfähigkeit versicherter Personen, die sich im Rahmen eines befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, mit Erreichen einer Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren aller aufeinander folgenden Kranken- und Versicherungsverträgen im Sinne des § 195 (3) Versicherungsgesetzes (VVG), auch soweit diese bei anderen Versicherungsgesellschaften abgeschlossen wurden.
5. Die Versicherungsfähigkeit entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat ohne einen Rückkehrwillen zu haben.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages, Kindernachversicherung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb eines Jahres nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, die Mitgliedsstaaten der Europäischen bzw. des Schengen-Abkommens zu stellen. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von dem Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer oder der Care Concept geht, auch soweit er in elektronischer Form zu stellen ist, und dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziffer 2 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der

Betrag der Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG – zur Verfügung.

4. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 2 Jahre.

II. Abschluss eines Anschlussvertrages

1. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes im Ausland innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann ein eigenständiger Anschlussvertrag (=Verlängerungsvertrag) unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
 - a. Der Antrag auf Abschluss eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages muss auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Formblatt / über die Homepage der Care Concept AG vor dem Versicherungsende erfolgen.
 - b. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, muss dem Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmen. Der rechtlich eigenständige Anschlussvertrag kommt dann mit Übersendung des Versicherungsnachweises an den Versicherungsnehmer zustande. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers oder der Care Concept AG zu.
 - c. Auf § 2 I Nr. 4 wird ausdrücklich hingewiesen.
2. Bei einer Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag
 - a. besteht kein Versicherungsschutz für Krankheiten und deren Folgen sowie für die Folgen von Unfällen, die nachweislich in den letzten 6 Monaten vor Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag behandelt worden sind.
 - b. gelten die §§ 6 Ziffer 2 und 6 Ziffer 1 a. bis c. entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II Ziffer 3 zu beachten.

III. Ende des Versicherungsvertrages

1. Der Versicherungsvertrag endet
 - a. zum vereinbarten Zeitpunkt
 - b. durch Entfallen der Versicherungsfähigkeit;
 - c. mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter der Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben;
 - d. mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens;
 - e. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen, insbesondere
 - da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt im Aufenthaltsland ohne Rückkehrabsicht entschieden hat oder
 - da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
 - f. mit dem Zeitpunkt, in welchem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Personen gemäß § 1 entfällt;
2. Bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland hat jede versicherte Person das Recht auf Weiterversicherung im Basis- bzw. Standardtarif bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG.

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20352 Hamburg

IV. Kindernachversicherung

1. Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten mit dem Tag der Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist. Der Nachweis gilt insbesondere durch die Vorlage der Geburtsurkunde bei der Care Concept AG als geführt. Insoweit genügt eine Kopie der Geburtsurkunde in Textform als E-Mail, Fax oder per Post.
2. Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass:
 - der Vertrag des versicherten Elternteils am Tag der Geburt bereits mindestens drei Monate ununterbrochen bestanden hat und
 - der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und nicht umfassender ist, als der des versicherten Elternteils.
3. Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine erhöhte Gefahr für den Eintritt des Versicherungsfalles, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zu 100 % auf die Tarifprämie möglich. Der Nachweis der Adoption gilt insbesondere

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von ausländischen Gästen bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2017 (CEco2017)



durch die Vorlage der Adoptionsurkunde bei der Care Concept AG als geführt. Es gilt IV. Ziff. 1 dieses Paragraphen entsprechend.

4. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als zwei Monate nach der Geburt, unterliegt die Versicherung des Kindes einer gesonderten Risikoprüfung durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz erst mit der Annahme des Versicherungsvertrages durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragraphen unter I. bis III. entsprechend.
5. Die Verpflichtung des Versicherers zur Gewährung von Versicherungsschutz im Rahmen der Kindernachversicherung besteht nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

§ 3 Kündigung

1. Ordentliche Kündigung
Das Versicherungsverhältnis kann jederzeit durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden. Bei Kündigung steht dem Versicherungsnehmer die Rückerstattung der Versicherungsprämie für den Zeitraum des nicht in Anspruch genommenen Versicherungsschutzes zu. Die Kündigung des Versicherungsvertrages entzieht dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nicht das Recht, die Zahlung der Prämie für den Versicherungszeitraum zu fordern, für den Versicherungsschutz durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, gewährleistet wurde. Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer kann auf einzelne Personen beschränkt werden. Wird die Kündigung für einzelne versicherte Personen erklärt, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Die Kündigungserklärung bedarf der Textform (E-Mail, Fax oder Post). Der Versicherer verzichtet auf sein Recht zur ordentlichen Kündigung.
2. Außerordentliche Kündigung
Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer unberührt.

§ 4 Prämie

1. Die Mindestprämie beträgt unabhängig von der gewählten Vertragsdauer 10,00 EUR je versicherte Person.
2. Zahlung der Erst- oder Einmalprämie
 - a. Die Erst- oder Einmalprämie ist bei Vertragsbeginn fällig. Das Datum des Versicherungsbeginns ergibt sich aus der Versicherungspolice.
 - b. Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
 - c. Ist die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
3. Zahlung der Folgeprämien:
 - a. Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Wochen.
 - b. Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zu Leistung verpflichtet.
 - c. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, verbindet die Zahlungsfrist von zwei Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
 - d. Die Kündigung wirkt unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht entsprechend Buchstabe b. jedoch kein Versicherungsschutz. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Auch in diesem Fall besteht entsprechend Buchst. b. kein Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf und der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind.
4. Einzelheiten zur Prämienzahlung

- a. Die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie bzw. des Erst- oder Folgebeitrages kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Überweisung, per Kreditkartenzahlung oder per PayPal erfolgen.
- b. Wird die Prämie vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bank- oder Kreditkartenkonto abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder der Versicherungsnehmer noch – im Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist, der Versicherungsnehmer und/oder Kontoinhaber dem Zahlungsabruf widerspricht bzw. widersprechen. Konnte die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z.B. durch Übersendung per (E-Mail, Fax oder Post etc.) erfolgt.

§ 5 Das Recht zur Prämienanpassung

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

§ 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Geltungsbereich
 - a. Im Rahmen dieser Bestimmungen bietet der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, versicherten Personen Versicherungsschutz, die sich im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen- Abkommens aufhalten.
 - b. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt. Abweichend hiervon besteht für Personen gemäß § 1 Ziffer 2 b. Versicherungsschutz auch in der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich.
 - c. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen (allgemeiner und besonderer Teil), sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
 - d. Abweichend von b. besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person Versicherungsschutz:
Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal sechs Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.
Voraussetzung für eine Leistung im Rahmen dieser Deckungserweiterung ist, dass Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland oder im Drittland während der Vertragslaufzeit vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt angemeldet und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachgewiesen werden. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziffer 2 e. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % von den tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten geleistet.
Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat und in das Sie zurückzukehren gewillt ist und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von ausländischen Gästen bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2017 (CEco2017)



die versicherte Person besitzt.

2. Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch

- nicht vor zustande kommen des Versicherungsvertrages;
- nicht vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens
- nicht vor Zahlung der Prämie
- nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten

3. Für Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind oder bei Vertragsbeginn bestehen, wird nicht geleistet.

- Kein Versicherungsschutz besteht für Krankheiten und deren Folgen sowie für die Folgen von Unfällen, die nachweislich in den letzten 6 Monaten vor Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag behandelt worden sind.
- Gelten die §§ 6 Ziffer 2 und 6 Ziffer 1 a. bis c. entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II Ziffer 3 zu beachten.

4. Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle:

- zum vereinbarten Zeitpunkt;
- spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens
- mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
- wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. Schengen-Abkommens nicht mehr vorliegen bzw. eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für das Aufenthaltsland erteilt wird (z.B. bei Eheschließung mit einem/r im Aufenthaltsland lebenden Einheimischen).
- wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen. Die Voraussetzung entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Aufenthaltsland verlegt hat;

5. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs

- bei Vertragsdauern von bis zu 6 Monaten, einschl. aller Vertragsverlängerungen, bis zur Wiederherstellung der Transportunfähigkeit, max. für die Dauer von einem Monat weiter,
- bei Vertragsdauern von über 6 Monaten, einschl. aller Vertragsverlängerungen, bis zur Wiederherstellung der Transportunfähigkeit, max. für die Dauer von 3 Monaten weiter.

§ 7 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Allgemeines

- Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für akut auf der Reise im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 7 II. aufgeführt.
- Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch:
 - Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beantragung des Versicherungsschutzes bzw. Annahme des Antrags auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag bestanden hat
 - die Entbindung einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
 - der Tod.
- Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

4. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Im vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers erstattet, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) oder dem Krankenhausentgeltgesetz in Rechnung stellen kann. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr berechnen.

5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 4 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl.

6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung). Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist, oder wenn der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

7. Bei ambulanten und stationären Behandlungen leistet der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

8. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet im vertraglichen Umfang für die Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, dass in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Wartezeiten

- Die allgemeine Wartezeit beträgt 31 Tage. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt,
 - wenn die versicherte Person eine Einreise im versicherten Aufenthaltsland innerhalb von 31 Tagen vor Antragstellung nachweist bzw. die Versicherung vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen wurde. Maßgebend ist der Eingang des Antrages bei dem Versicherer bzw. Care Concept AG.
 - bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.
- Eine seit Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehende Vorversicherung kann auf die allgemeine Wartezeit angerechnet werden. Die Leistungseinschränkungen gemäß § 8 gelten uneingeschränkt weiter.
- Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen 8 Monate.
- Bei Erstverträgen rechnet die jeweilige Wartezeit vom Versicherungsbeginn an.
- Bei Abschluss eines Anschlussvertrages rechnen die Wartezeitregelungen vom Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages an.

III. Heilbehandlungskosten

- Der Versicherer erstattet – abzüglich 25,00 EUR Selbstbeteiligung je Versicherungsfall - die entstandenen Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung. In Anlehnung an § 7 I. Ziffer 2 wird die Selbstbeteiligung für jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sowie für Entbindungen fällig. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen, sofern die Schwangerschaft bei Beantragung des Versicherungsschutzes bzw. Annahme des Antrags auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag noch nicht bestanden hat;

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von ausländischen Gästen bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2017 (CEco2017)



- b. ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
- c. Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
- d. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
- e. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, sowie ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
- f. ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und unmittelbar der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
- g. Röntgendiagnostik;
- h. unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
- i. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
- j. unaufschiebbare Operationen;
- k. Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit;
- l. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.

2. Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet – abzüglich 25,- EUR Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die während der Reise entstandenen Kosten für:

- a. schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in nicht dentin-adhäsiver Ausführung,
- b. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen).

Insgesamt erstattet der Versicherer für die genannten Zahnbehandlungskosten bei Vertragsdauern

- c. von bis zu sechs Monaten einschl. aller rechtlich eigenständige Anschlussverträge maximal 300,- EUR,
- d. von über sechs Monaten einschl. aller rechtlich eigenständige Anschlussverträge maximal 600,- EUR pro Versicherungsjahr und versicherte Person. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten. Bei rechtlich eigenständigen Anschlussverträgen über die Vertragsdauer von 6 Monaten hinaus können die höheren Leistungen nur für die Versicherungsfälle gezahlt werden, nach Beantragung des rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag neu eingetreten sind.

IV. Rücktransport, Überführungs- / Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

- 1. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 25.000,- EUR;
- 2. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 25.000,- EUR.
- 3. die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen Rücktransportes in das Heimatland höchstens bis zu 25.000,- EUR.

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

- 1. Sofern nach den vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes bestimmt ist, besteht keine Leistungspflicht für:
 - a. die bei Beantragung des Versicherungsschutzes bzw. Annahme des Antrags auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen sowie die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn bzw. Beginn des rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages behandelt worden sind. Abweichend hiervon besteht Leistungspflicht für Behandlungen zur Beseitigung lebensbedrohlicher Zustände, die akut während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union aufgetreten sind. Als lebensbedrohlich gelten dabei gesundheitliche Zustände, die nach allgemeiner Lebenserfahrung (z.B. Herzinfarkt) oder aufgrund einer Feststellung eines den Zustand nicht unmittelbar behandelten dritten Arztes (z.B. Vertrauensarzt des zuständigen Versicherers) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zum Ableben der

erkrankten Person führen können;

- b. solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - c. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (für eine Anschlussheilbehandlung gilt § 7 I. Ziffer 6, Satz 3.;
 - d. Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren;
 - e. ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
 - f. Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g. Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h. einen durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - i. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - j. bei Beantragung des Versicherungsschutzes bzw. Annahme des Antrags auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag bestehende Schwangerschaften und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte;
 - k. Immunisierungsmaßnahmen;
 - l. Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden;
 - m. Behandlungen wegen Sterilität, einschl. künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - n. Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - o. Vorsorgeuntersuchungen;
 - p. Zahnersatz, Stützabutments, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
 - q. Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen;
 - r. Organspende und deren Folgen.
2. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
- a. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, die gesetzlichen Leistungen von Versicherungsleistungen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 9 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- 1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - a. den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
 - b. den Schaden des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG unverzüglich spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
 - c. dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe seiner Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
 - d. im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zum Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, aufzunehmen;
 - e. Nachweise über die Höhe der Kosten einzureichen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von ausländischen Gästen bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2017 (CEco2017)



- sinnvollen Rücktransport geltend gemacht werden; ferner ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, aus der sich der medizinische Sinn des Rücktransportes ergibt.
- f. die Annahme der Staatsbürgerschaft des Aufenthaltslandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung oder die Versagung der Aufenthaltserlaubnis für das Aufenthaltsland, sowie die ständige Wohnsitznahme im Aufenthaltsland dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, umgehend in Textform (E-Mail, Fax, Post) anzuzeigen.
2. Auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn der Versicherer den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.
4. Als weitere Obliegenheiten sind die in § 11 Ziffer 3 dieser Bedingungen bestimmten Verhaltensweisen zu beachten.
5. Folgen von Obliegenheitsverletzung
Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, vertreten durch die Care Concept AG, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechende Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 10 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Die Originalrechnungen sind bei der
Care Concept AG
Postfach 30 02 62
53182 Bonn
einzureichen.
2. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise diese werde Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
- a. Originalbelege in der amtlichen Während des Aufenthaltslandes, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelten Arzt erbrachte Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
- b. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
- c. eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführung- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
- d. auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens;
- e. auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland;
- f. auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziffer 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens;
- g. auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland.
3. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.

4. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.
5. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für die gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
6. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 11 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, gemeldet, tritt dieser in diese Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z.B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, abzugeben. Sollten der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person diesen Obliegenheiten nicht nachkommen, bestimmen sich die Folgen dieser Verhaltensweise nach § 9 Ziffer 5 dieser Bedingungen

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Willenserklärung und Anzeigen

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, bedürfen der Textform.
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden

**Versicherungsbedingungen
für Reise-Krankenversicherungen von ausländischen Gästen
bei der HanseMercur Reiseversicherung AG
VB-KV 2017 (CEco2017)**



Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

§ 14 Verjährung

Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer, vertreten von der Care Concept AG, angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung dem Versicherer in Textform gehemmt.

§ 15 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 16 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigigt.

Anschriften:

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

HanseMercur
Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

Anlage 1: Berufsliste

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

Verbraucherinformation

Identität des Versicherers (Name, Anschrift):

HanseMerkur Reiseversicherung AG (Rechtsform: Aktiengesellschaft)
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
Telefon +49 40 4119-1000
Fax +49 40 4119-3030

Eintragung im Handelsregister:

Amtsgericht Hamburg HRB 19768

Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigte der HanseMerkur Reiseversicherung AG:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
vertreten durch den Vorstand: Eberhard Sautter (Vorsitz), Eric Bussert, Holger Eheses, Dr. Andreas Gent, Raik Mildner
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Michael Ollmann

Hauptgeschäftstätigkeit der HanseMerkur Reiseversicherung AG, im Folgenden "HanseMerkur" genannt:

Die HanseMerkur betreibt die Versicherung von Risiken, die sich auf Reisen beziehen.

Name und Adresse der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
www.bafin.de

Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen:

Für die in diesem Druckstück aufgeführten Produkte bestehen keine Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen.

Wesentliche Merkmale der Leistungen:

Die HanseMerkur betreibt auf Reisen bezogene Schaden- und Unfallversicherungen. Je nach Umfang des gewählten Versicherungsschutzes, leistet die HanseMerkur aus der Reise-Krankenversicherung, Reise-Unfallversicherung, Reise-Haftpflichtversicherung, Reisegepäck-Versicherung oder Reise-Rücktrittskosten-Versicherung nach den jeweiligen Versicherungsbedingungen. Der Umfang des Versicherungsschutzes wird vom Versicherungsnehmer im Antragsdruckstück bestimmt. Genauere Angaben über Art und Umfang des vom Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes sind der Leistungsbeschreibung im Antrag und den Versicherungsbedingungen zu entnehmen. Ist die Leistungspflicht der HanseMerkur dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so erfolgt die Auszahlung der Entschädigung binnen eines Monats. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfung des Anspruchs durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens der versicherten Person gehindert ist.

Rechtsordnung:

Auf das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung.

Gesamtpreis und Preisbestandteile:

Die zu entrichtende Gesamtprämie ergibt sich aus dem Umfang des vom Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes. Die jeweiligen Prämien für die Bestandteile des Versicherungsschutzes sind dem Antragsdruckstück zu entnehmen.

Die genannten Prämien enthalten – bis auf die Krankenversicherung, die versicherungsteuerfrei ist – die aktuelle gesetzliche Versicherungssteuer.

Zusätzliche Kosten, Steuern oder Gebühren:

Weitere Kosten, Steuern oder Gebühren fallen nicht an.

Einzelheiten der Zahlung und Erfüllung:

Die Prämie ist eine Einmalprämie und bei Abschluss des Vertrages zu zahlen. Sie kann auch in Raten entrichtet werden; Näheres ist dem Versicherungsantrag zu entnehmen.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen:

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind zeitlich unbefristet gültig.

Beginn des Vertrages, des Versicherungsschutzes, Dauer der Bindefrist bei Antragstellung:

Der Vertrag kommt mit Zahlung der geschuldeten Prämie zustande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, nicht jedoch vor Zahlung der geschuldeten Prämie. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Kann die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

In der Reise-Krankenversicherung beginnt der Versicherungsschutz darüber hinaus nicht vor dem Zeitpunkt der Ausreise aus dem Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland oder aus dem Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat, sowie vor Ablauf eventueller Wartezeiten.

Die Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung entnehmen Sie bitte § 2 der beigefügten Versicherungsbedingungen.

Eine Bindefrist ist nicht vorgesehen.

Wichtiger Hinweis gemäß § 37 Abs. 2 VVG:

Tritt der Versicherungsfall nach Abschluss des Vertrages ein und ist die einmalige oder die erste Versicherungsprämie zu diesem Zeitpunkt noch nicht gezahlt, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Widerrufsrecht:

Bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von mindestens einem Monat kann der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt mit der Abgabe der Vertragserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Care Concept AG, Postfach 30 02 62, 53182 Bonn
Telefon +49 228 97735-0, Fax +49 228 97735-35, E-Mail: info@care-concept.de

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird die HanseMerkur die entrichteten Beiträge zurückzahlen.

Informationen über die Laufzeit der Versicherung:

Der Vertrag ist je nach gewählter Dauer befristet.

Ende des Vertrages, Kündigungsrecht, Geschäftsgebühr:

Der Vertrag endet in der Reise-Rücktrittskosten-Versicherung mit dem Beginn der Reise, für alle anderen Versicherungen mit dem Ende der Reise bzw. dem vereinbarten Versicherungsende. In der Reise-Krankenversicherung endet der Versicherungsschutz mit der Einreise in das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie in das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat. Ein Recht zur vorzeitigen Kündigung des jeweiligen Versicherungsvertrages besteht grundsätzlich nicht; Ausnahmen sind dem jeweiligen Antragsdruckstück zu entnehmen.

Tritt die HanseMerkur wegen Nichtzahlung der ersten bzw. einmaligen Prämie gem. § 37 Abs. 1 VVG vom Vertrag zurück, erhebt sie eine Geschäftsgebühr gem. § 39 Abs. 2 VVG in Höhe von 15,00 € je Versicherungsvertrag.

Anwendbares Recht und Gerichtsstand:

Auf das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung. Klagen gegen die HanseMerkur können erhoben werden in Hamburg oder an dem Ort, an dem der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Vertragsprache:

Maßgebliche Sprache für das Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit dem Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

Außergerichtliche Schlichtungs- und Beschwerdeverfahren:

Schlichtungsversuche und Beschwerden können – wenn eine Einigung mit der HanseMerkur nicht erzielt werden kann – an folgende Schlichtungs- und Beschwerdestellen gerichtet werden:

Für die Reise-Krankenversicherung:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

Für die übrigen Versicherungen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Beschwerden gegen die HanseMerkur können erhoben werden bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
www.bafin.de

Ausdrückliche Erklärungen:

1. Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.

Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtenbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf Angehörige von anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Die betroffene Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

2. Empfangsberechtigung der Versicherungsleistungen

Der Versicherungsnehmer ermächtigt den Versicherer, die Leistungen aus diesem Vertrag gegebenenfalls auch mit der versicherten Person oder Behandlern etc. direkt abzurechnen.

3. Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderung) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den HUK Verband (Verband der Haftpflichtversicherer, Unfallversicherer, Kfz-Versicherer und Rechtsschutzversicherer e. V.) sowie an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der HanseMerkur Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben dürfen, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ferner ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen

(falls nicht gewünscht, teilen Sie dieses bitte gesondert per E-Mail, Fax oder Post in Schriftform mit).

Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Das Merkblatt finden Sie unten. Ich kann weiteren Werbemaßnahmen schriftlich oder telefonisch widersprechen. Nach Ablauf einer technisch / organisatorisch notwendigen Umsetzungsfrist wird diesem Wunsch entsprochen.

Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 312 i Bürgerliches Gesetzbuch (BGB): Informationen über technische Schritte

Diese Schritte führen zum Abschluss, wenn Sie im Internet buchen:

Online-Abschluss

Erst, wenn Sie auf den Button „Antrag absenden“ klicken (oder im Falle der Auswahl von Kreditkarten- oder PayPal-Zahlung: auf „Antrag absenden und bezahlen“ klicken und anschließend eine erfolgreiche Zahlung per Kreditkarte oder per PayPal-Account ausführen), beantragen Sie verbindlich den Abschluss des Onlinevertrages und Ihre Daten werden erfasst und gespeichert.

Speicherung Ihrer Daten und Ihrer Angaben

Abhängig vom gewählten Produkt erhalten Sie einen Versicherungsschein per E-Mail und/oder per Post. Die Internet-Buchung mit Ihren Angaben bekommen Sie per E-Mail als PDF-Dokument für Ihre Unterlagen zugeschickt. Eine Online-Zugriffsmöglichkeit auf Ihre Daten sowie Ihre Angaben besteht nach Beitritt nicht. Sie können jedoch telefonisch oder per E-Mail Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz erhalten.

Berichtigung von Eingaben

Sie können Ihre Eingaben vor dem kostenpflichtigen Buchen prüfen und die von Ihnen gemachten Angaben jederzeit berichtigen oder ergänzen. Nachdem Sie das Antragsformular ausgefüllt und den Button „Onlinevertrag abschließen“ angeklickt haben, werden alle eingegebenen Daten nochmals zur Überprüfung auf ihre Richtigkeit dargestellt. Sollten Ihnen an dieser Stelle Eingabefehler auffallen, können Sie diese korrigieren, indem Sie auf den Button „Daten korrigieren“ klicken. Dadurch gelangen Sie zurück zum Antragsformular und können die gewünschten Änderungen vornehmen. Nach der Beantragung können Sie über das Service-Portal (http://www.care-concept.de/service/versicherung_service.htm) Änderungen vornehmen.

Datenspeicherung

Ihre Daten werden von der Hanse Merkur Reiseversicherung AG zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses gespeichert.

Auskunft

Sie können jederzeit mündlich oder schriftlich Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz erhalten. Ein Online-Zugriff auf Ihre Daten besteht nach Abschluss nicht.

Leistungsausschlüsse

- Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beginn der Vertragsverlängerung bestehen bzw. bekannt sind sowie die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn bzw. Beginn der Vertragsverlängerung behandelt worden sind
- psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung
- Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen; Krebsdiagnostik
- Untersuchungen zur Erlangung der Aufenthaltsgenehmigung
- Schutzimpfungen
- nicht unfallbedingte Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Stützstrümpfe)
- bereits bei Versicherungsbeginn bestehende Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch
- Zahnersatz (mit Ausnahme von Reparaturen), kieferorthopädische Behandlung, implantologische Behandlungen, Einlagefüllungen, Aufbissbehelfe, Gnathologie
- Entziehungsmaßnahmen/-kuren
- Bescheinigungen und Gutachten

Eine detaillierte Leistungsbeschreibung finden Sie in den Versicherungsbedingungen.

Wichtige Hinweise im Schadensfall

Arztrechnungen bzw. Schadensmeldungen senden Sie bitte **im Original** formlos unter Angabe der Versicherungsscheinnummer an:

Care Concept AG
Postfach 30 02 62
53182 Bonn

Bei Haftpflicht

Bei Haftpflichtschäden sollte dem Geschädigten gegenüber kein Schuldanerkenntnis abgegeben werden. Die Prüfung, ob ein Verschulden vorliegt, erfolgt ausschließlich durch die Care Concept AG.

Bei Unfall

Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies der Care Concept AG spätestens innerhalb von 48 Stunden anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet wurde.

Bei Krankheit

Bei ambulanter Behandlung legen Sie dem Arzt bitte den Ihnen mit dem Versicherungsschein zugesandten – von Ihnen unterschriebenen – Behandlungsschein vor. Um Ihnen unnötigen Verwaltungsaufwand zu ersparen, zahlen wir die versicherten Leistungen aus dem Vertrag in Deutschland und Österreich direkt an den Arzt, gegebenenfalls unter Abzug der vereinbarten Selbstbehalte.

Bei stationärer Behandlung veranlassen Sie bitte das Krankenhaus, eine Kostenübernahmeerklärung bei der Care Concept AG, unter der Fax-Nr. + 49 228 97735-922 zu beantragen.

Bei ambulanter oder stationärer Heilbehandlung achten Sie bitte darauf, dass die Rechnung des Arztes/Krankenhauses folgende Angaben enthält:

- Name des Patienten
- Behandlungsdauer
- Krankheitsbezeichnung
- Einzelleistungen des Arztes/Krankenhauses

Anfallende Rezeptkosten werden – bei Anspruch – nach Erhalt der entsprechenden Arztrechnung auf das uns angegebene Konto des Versicherungsnehmers erstattet.

Merklblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit

möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die - wie z.B. beim Arzt - einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir - ebenso wie andere Versicherungsunternehmen - erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen

Bereich Schaden:

Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn

diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis.

Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen.

Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsverhältnisses oder Regulierung eines Schadens richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

Bereich Leben:

Verträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Gemeldet werden können außerdem das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zur Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsverhältnis beantragen, können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind.

Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft geben müssen. Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder - soweit zulässig - auf gesetzlicher Grundlage.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter: www.inform-irfp.de.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt gebucht werden. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an

- HanseMercur Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Siegfried Wedells Platz 1, 20354 Hamburg
- HanseMercur Holding AG, Siegfried Wedells Platz 1, 20354 Hamburg
- HanseMercur Speziale Krankenversicherungs AG, Siegfried Wedells Platz 1, 20354 Hamburg
- HanseMercur24 Lebensversicherung AG, Siegfried Wedells Platz 1, 20354 Hamburg
- HanseMercur Reiseversicherung AG, Siegfried Wedells Platz 1, 20354 Hamburg

Die vorstehende Liste erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben haben können. Eine aktuelle Liste kann schriftlich angefordert werden.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Zurzeit kooperieren wir u.a. mit

der Care Concept AG, die ihrerseits mit der MedCare International Inc. (USA; Schadenabwicklung NAFTA Staaten) Roland Assistance Partner GmbH (Telefondienstleister, Schadendienstleister) kooperiert.

Die vorstehende Liste erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben haben können. Eine aktuelle Liste kann schriftlich angefordert werden.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der Vermittlung von Produkten der o. a. Kooperationspartner und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u. a. um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten des zuständigen Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an den Versicherer.