

Versicherungsbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag für die Auslandsreise- Krankenversicherung VB-KV 2009 (RKL-G-D)

1. Der Versicherungsumfang

Wir leisten im Versicherungsfall (**siehe Ziffer 2; Einschränkungen siehe Ziffer 3**), soweit dieser in der Tarifbeschreibung zum Reiseversicherungsschutz mitversichert ist und in die beschriebenen Fristen fällt eine Entschädigung für versicherte Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, für unvorhergesehene akut im Ausland eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Für weiterführende Behandlungen innerhalb Deutschlands werden keine Leistungen gewährt.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, der Tarifbeschreibung, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

Soweit die Entschädigung einer der nachstehenden Leistungen in der Tarifbeschreibung pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Beginn des Versicherungsschutzes für die versicherte Person einschließlich aller Verlängerungen. Bei Versicherungsdauern von weniger als zwölf Monaten, errechnen wir den maximalen Erstattungsbetrag anteilig.

1.1 Heilbehandlungskosten

Wir erstatten die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Im Ausland 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 nach den ortsüblichen Gebühren berechnen.

Sofern tariflich versichert, können auch im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannte und zugelassene Heilpraktiker und in den USA auch Chiropraktiker in Anspruch genommen werden. Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

1.1.1 Ärztliche Behandlungen

Versichert sind Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufenen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche.

1.1.2 Schwangerschaftsbehandlungen

Versichert sind Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen und Entbindungen durch Ärzte, sofern die Schwangerschaft nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Die Erstattung entsprechender Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen ist gemäß der Tarifbeschreibung pro Schwangerschaft begrenzt und nur möglich, wenn die Kosten nicht gleichzeitig durch einen Arzt in Rechnung gestellt werden.

1.1.3 Medikamente und Verbandmittel

Wir erstatten ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (nicht als Medikamente gelten – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr-, Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate).

1.1.4 Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen

Ersetzt werden ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, einschließlich Massagen, medizinischer Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik.

1.1.5 Hilfsmittel

Wir leisten für die in der Tarifbeschreibung im Leistungskatalog aufgelisteten Hilfsmittel, sofern diese infolge eines Unfalles ärztlich verordnet erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen. Weiterhin erstatten wir die Reparaturkosten für vorhandene Hilfsmittel gemäß Leistungskatalog.

1.1.6 Sehhilfen

Sehhilfen, wie z.B. Brillen und Kontaktlinsen, erstatten wir, wenn sich die Sehkraft um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat, oder frühestens nach jeweils zwei Versicherungsjahren.

1.1.7 Röntgendiagnostik

Ersetzt werden die Kosten einer Röntgendiagnostik;

1.1.8 Stationäre Behandlungen (optional Krankenhaustagegeld)

Wir erstatten die Kosten einer unaufschiebbaren stationären Behandlung, sofern diese in einer Einrichtung erfolgt, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Soweit in der Tarifbeschreibung vorgesehen kann auch anstelle von Kostenersatz ein Krankenhaustagegeld beansprucht werden. Dieses Wahlrecht muss unverzüglich bei Beginn der stationären Behandlung ausgeübt werden.

1.1.9 Krankentransport

Wir erstatten die Kosten eines medizinisch notwendigen Transports zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Arzt und zurück.

1.1.10 Operationen

Wir erstatten die Kosten für unaufschiebbare Operationen.

1.1.11 Schmerzstillende Zahnbehandlungen

Ersetzt werden schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung.

1.1.12 Unfallbedingte Zahnersatzreparatur

Wir leisten für Zahnersatz, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss.

1.1.13 Zahnersatzreparatur

Ersetzt werden die Reparaturkosten von vorhandenem Zahnersatz.

1.1.14 Schutzimpfungen

Wir leisten für Schutzimpfungen, die im in Deutschland verwendeten Impfpass vorgesehen sind und von der WHO für das Land empfohlen werden, in den die versicherte Person von ihrem Arbeitgeber entsendet wurde.

1.2 Zusätzlicher Versicherungsschutz für mitreisende Kinder

1.2.1 Begleitperson für Kinder bei stationärer Krankenhausbehandlung

Bei Kindern bis zum in der Tarifbeschreibung genannten Lebensjahr erstatten wir die Kosten für eine medizinisch notwendige Begleitperson während einer stationären Krankenhausbehandlung, die unter die Leistungspflicht dieses Tarifs fällt.

1.2.2 Betreuungsperson für Kinder

Wir organisieren und bezahlen die Betreuung des minderjährigen Kindes, welches die Reise allein fortsetzen oder abbrechen muss, sofern alle Betreuungspersonen oder die einzige an der Reise teilnehmende Betreuungsperson des mitreisenden minderjährigen Kindes die Reise aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht planmäßig beenden kann.

1.2.3 Krankenhaustagegeld für Kinder

Bei Kindern bis zum in der Tarifbeschreibung genannten Lebensjahr leisten wir ein Krankenhaustagegeld während einer stationären Krankenhausbehandlung, die unter die Leistungspflicht dieses Tarifs fällt.

1.2.4 Vorsorgeuntersuchungen für Kinder

Wir erstatten die Kosten einer ambulanten Vorsorgeuntersuchung für Kinder sowie zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.

1.2.5 Versicherungsschutz für Neugeborene

Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, ersetzen wir auch die Kosten der im Ausland notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes bis zur Höhe des in der Tarifbeschreibung genannten Betrages. Voraussetzung hierfür ist, dass gemäß § 198 des Versicherungsvertragsgesetzes die Anmeldung zur Versicherung bei uns spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt.

1.3 Psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlung

1.3.1 Psychische Erkrankungen

Nach Ablauf der Wartezeit übernehmen wir die Kosten einer ambulanten Behandlung aufgrund einer psychoanalytischen und psychotherapeutischen Behandlung und die Kosten medizinisch notwendiger stationärer Behandlung aufgrund einer psychischen Erkrankung.

1.3.2 Seelisches Trauma

Ohne eine Wartezeit erstatten wir die Kosten für psychologische Behandlungen durch einen im Aufenthaltsland zugelassenen und gesetzlich anerkannten Psychiater, wenn die versicherte Person während des versicherten Zeitraumes auf der Dienstreise ein akutes seelisches Trauma als unmittelbare Folge durch Raub, Nötigung und physischen Angriff durch einen Dritten oder durch Feuer, Explosion, Verkehrsunfall, Elementarereignis, Entführung oder terroristischen Angriff erleidet und die Behandlung von einem Arzt mit entsprechender Ausbildung verordnet wurde, sofern die Behandlungen innerhalb von sechs Monaten nach dem das Trauma auslösenden Ereignis stattfinden.

1.4 Krankenrücktransport

Versicherungsschutz besteht für einen Krankenrücktransport, sofern der Rücktransport vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet wird und medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen von uns beauftragten Arzt in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland. Versicherte Personen, die sich in einem Drittland (nicht das Land in dem sie hauptsächlich beruflich tätig sind) aufhalten, haben bei einem Rücktransport die Wahl, ob der Transport in das Land erfolgen soll, in dem sie hauptsächlich beruflich tätig sind, oder in das Land, aus dem die versicherte Person entsendet wurde.

1.4.1 Mehrkosten für Krankenrücktransport

Übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland nach der Prognose des behandelnden Arztes voraussichtlich 14 Tage und die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung übersteigen die Kosten für den Rücktransport, ersetzen wir die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person in Deutschland.

1.4.2 Begleitperson bei Krankenrücktransport

Wir übernehmen auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

1.5 Leistungen im Todesfall

1.5.1 Überführung

Im Falle des Ablebens einer versicherten Person übernehmen wir die durch Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehenden Kosten bis zur Höhe des in der Tarifbeschreibung angegebenen Betrages.

1.5.2 Bestattung im Ausland

Wir übernehmen die Kosten einer Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären. Hierzu gehören nicht die Kosten für den Kauf einer Grabstelle, eines Grabsteines, die Ausrichtung von Trauerfeiern und dergleichen.

1.6 Nachleistung im Ausland

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

1.7 Zahnersatz

Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Brücken, kieferorthopädische Behandlungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen.

1.7.1 Medizinisch notwendiger Zahnersatz

Nach Ablauf der Wartezeit vergüten wir die erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes bis zur Höhe der in der Tarifbeschreibung genannten Beträge.

1.7.2 Erhöhte Leistung für Zahnersatz nach einem Unfall

Zahnersatz, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss, wird bis zur Höhe der in der Tarifbeschreibung genannten Beträge je Versicherungsjahr vergütet.

1.8 Krankentagegeld

Wir erstatten ein Krankentagegeld bei einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, die zu einem Verdienstaufschlag führt.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Unsere Leistungspflicht beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zuzüglich der in der Tarifbeschreibung genannten Karenzzeit. Die Leistungspflicht endet mit Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder mit dem Ende des Versicherungsschutzes für diesen Versicherungsfall, spätestens jedoch mit Ablauf der tariflich vereinbarten Leistungsdauer.

Die Zahlung des Krankentagegeldes setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen im Ausland anerkannten und zugelassenen Arzt oder im Krankenhaus behandelt wird.

2. Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Der 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 medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie Tod.

3. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?

3.1 Einschränkung der Leistungen bei Reisen in Drittländer und bei Reiseunterbrechungen

Bei Reisen von mindestens dreimonatiger Dauer wird bei Reisen in ein weiteres Land oder bei einer Unterbrechung der Auslandsreise der Versicherungsschutz fortgesetzt. In diesem Fall wird die vorübergehende Reise in ein weiteres Land oder die vorübergehende Rückkehr an den Wohnsitz bzw. ständigen Aufenthaltsort einer Auslandsreise gleichgestellt, wenn die Gesamtdauer der Unterbrechung den Zeitraum von vier Wochen nicht überschreitet.

Wenn die Gesamtdauer einer Unterbrechung den Zeitraum von vier Wochen überschreitet oder der Vertrag keine drei Monate besteht, werden Leistungen nur im eingeschränkten Rahmen zur Verfügung gestellt. Die Einschränkung des Versicherungsschutzes besteht darin, dass Leistungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung dann nur im Rahmen der Allgemeinen Pflegeklasse, ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung) bzw. im Rahmen entsprechender vergleichbarer Leistungen (gesetzliche Grundversorgung des entsprechenden Landes) gewährt werden und für ambulante Behandlungen in Drittländern lediglich 75 % der erstattungsfähigen Kosten vergütet werden und bei ambulanten Behandlungen in Deutschland die Erstattungssätze auf die sogenannten Schwellenwerte der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) begrenzt sind. Als Schwellenwerte gelten nach der GOZ der 2,3-fache Satz der Gebührenordnung und nach der GOÄ bei persönlichen Verrichtungen der 2,3-fache, bei technischen Verrichtungen (Leistungen der Abschnitte A, E und O der GOÄ) der 1,8-fache und bei Laboruntersuchungen (Leistungen nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M der GOÄ) der 1,15-fache Satz der GOÄ.

Als Unterbrechung der Auslandsreise gilt die vorübergehende Reise in ein Drittland oder die vorübergehende Rückkehr ins Heimatland, wenn die versicherte Person danach an den Ort ins Ausland zurückkehrt, an dem sie sich vorher befunden hat.

Beginn und Ende der Unterbrechung sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

3.2 Einschränkung bei Heilbehandlungen, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen

Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3.3 Für welche Fälle wird nicht geleistet?

Keine Leistungspflicht besteht

- 3.3.1 wenn Sie oder eine der versicherten Personen uns arglistig über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind. Wir sind auch von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie oder eine der versicherten Personen den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben; ist die Täuschung oder der Vorsatz durch ein rechtskräftiges Strafurteil festgestellt, gelten diese als bewiesen;
- 3.3.2 für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren und für Behandlungen von Erkrankungen, Beschwerden und Anomalien sowie deren Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor der Reise behandelt wurden;
- 3.3.3 für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- 3.3.4 für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- 3.3.5 für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- 3.3.6 für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eintretenden Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
- 3.3.7 für Hilfsmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, sofern sie nicht allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig

werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht;

- 3.3.8 für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- 3.3.9 für Behandlungen durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- 3.3.10 für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- 3.3.11 für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, sofern der gewählte Tarif hierfür keine Leistungen vorsieht;
- 3.3.12 für Zahnersatz, Stifzähne, Einlagefüllungen (Inlays und Onlays), Überkronungen, kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen, sofern der gewählte Tarif hierfür keine Leistungen vorsieht;
- 3.3.13 für Immunisierungsmaßnahmen;
- 3.3.14 für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
- 3.3.15 für Entbindungen, sofern die Schwangerschaft bereits bei Versicherungsbeginn bestand;
- 3.3.16 für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
- 3.3.17 für Vorsorgeuntersuchungen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht;
- 3.3.18 für Organspenden und deren Folgen;

4. Was ist im Krankheitsfalle zu beachten? (Obliegenheiten)

Ohne die Mitwirkung der versicherten Personen können wir unsere Leistung nicht erbringen. Bitte beachten Sie und die versicherten Personen daher die nachfolgenden Punkte, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden.

4.1 Verpflichtung zur Schadenminderung

Halten Sie und die versicherten Personen den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte. Sind Sie oder die versicherten Personen unsicher, nehmen Sie gerne mit uns Kontakt auf. Dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit muss zugestimmt werden, wenn wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigen.

4.2 Verpflichtung zur Schadensmeldung

Melden Sie oder die versicherten Personen uns den Schaden unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, und reichen Sie uns alle relevanten Unterlagen mit ein. Im Falle einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen muss unverzüglich Kontakt zu unserem weltweiten Notfall-Service aufgenommen werden.

4.3 Verpflichtung zur Schadensauskunft

Die versicherte Person muss uns jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe unserer Leistungspflicht gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft erteilen und Originalbelege einreichen. Sofern wir es für notwendig erachten, ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind auf unser Verlangen im Leistungsfall nachzuweisen.

4.4 Verpflichtung zur Sicherstellung von Ersatzansprüchen gegen Dritte

Steht Ihnen oder der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf uns über, soweit wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil oder zum Nachteil der versicherten Person geltend gemacht werden. Den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht müssen Sie und die versicherte Person unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren und bei dessen

Durchsetzung, soweit erforderlich, mitwirken. Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der die versicherte Person bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

4.5 Folgen bei einer Nichtbeachtung der Obliegenheiten

Verletzen Sie oder die versicherte Person eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnisses zu kürzen. Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

5. Was ist bei der Entschädigungszahlung zu beachten?

5.1 Selbstbehalt

Sofern in der Tarifbeschreibung zum Reiseversicherungsschutz für eine Versicherung ein Selbstbehalt vereinbart ist, wird dieser vom erstattungsfähigen Schaden abgezogen.

5.2 Umrechnung von Kosten in ausländischer Währung

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für 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.

Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass wir Überweisungen in das Ausland vornehmen oder auf Verlangen der versicherten Person besondere Überweisungsformen wählen.

5.3 Fälligkeit unserer Zahlung

Sobald der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis vorliegt und wir unsere Zahlungspflicht und die Höhe der Entschädigung festgestellt haben, zahlen wir diese spätestens innerhalb von vier Wochen.

Haben wir unsere Zahlungspflicht festgestellt, lässt sich jedoch die Höhe der Entschädigung nicht innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadenanzeige bei uns feststellen, können Sie einen angemessenen Vorschuss auf die Entschädigung verlangen.

Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Verfahren gegen Sie oder eine der versicherten Personen eingeleitet worden, so können wir bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren die Regulierung des Schadens aufschieben.

5.4 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen

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 uns gemeldet, treten wir in Vorleistung und werden uns zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Wir verzichten auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, können wir, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

6. Welches Recht findet Anwendung und wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag? Für wen gelten die Bestimmungen?

In Ergänzung dieser Bestimmungen gilt das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie grundsätzlich deutsches Recht. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

Alle Bestimmungen des Versicherungsvertrages gelten sinngemäß auch für die versicherten Personen.

7. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein genannte Adresse schriftlich per Brief gerichtet werden. Die Vertragssprache ist Deutsch.