Hauptverwaltung:
Siegfried-Wedells-Platz 1 • 20354 Hamburg

HanseMerkur Reiseversicherung AG

Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung der HanseMerkur Reiseversicherung AG für Au Pairs VB-KV 2008 (AP)

A: Allgemeiner Teil
gültig für die in Teil B aufgeführten Tarife
AP Basic, AP Profi und AP Premium

§ 1 - Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Personen, die eine Au-pair-Stelle annehmen bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres (30. Geburtstag), sofern sie eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:
   a) Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland;
   b) Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland sowie Staatsangehörige der EU-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland während eines Aufenthaltes im Ausland;
   c) Personen mit anderer Staatsangehörigkeit während eines Aufenthaltes im Ausland, sofern sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens 2 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland haben.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind, sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

§ 2 - Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zu stellen. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland, ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Antritt der Auslandsreise bzw. nach Ablauf der Frist von einem Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht mehr möglich.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer eingeht und der Versicherer eine Versicherungsbestätigung an den Versicherungsnehmer sendet. 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 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
5. Die Höchstversicherungsdauer beträgt drei Jahre.
6. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes, innerhalb der Höchstversicherungsdauer, kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur mit einem Anschlussvertrag verlängert werden, wenn der Antrag für den Anschlussvertrag vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur vorgelegen hat und diese dem Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmt.

   Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
7. Versicherte Personen, die aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-Pair ausüben, können bei Wechsel der Gastfamilie, innerhalb des ursprünglich versicherten Zeitraumes, einen Wechselvertrag im Rahmen dieser Bedingungen abschließen, sofern
   a) der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Wechsel der Gastfamilie gestellt wird,
   b) der ursprüngliche Zeitraum bei der HanseMerkur versichert war,
   c) der Wechselvertrag in direktem Anschluss an den Vorvertrag beginnt,
   d) der Wechselvertrag vor Ende des Vorvertrages beantragt wird,
   e) der Wechselvertrag zum selben Zeitpunkt enden soll wie der Vorvertrag.

   Rechte und Pflichten aus den Vorverträgen gehen dann in den Wechselvertrag über.
   Auf Höchstsätze abgestellte Versicherungsleistungen werden zusammengerechnet.
   In der Krankenversicherung werden Erkrankungen und Beschwerden, die während der Vorverträge bei der HanseMerkur erstmals aufgetreten sind, im Wechselvertrag mitversichert.
8. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
9. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
10. Der Versicherungsvertrag endet
    a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
    b) mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
    c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland;
    d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland nicht mehr vorliegen;
       - wenn sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in der Bundsrepublik Deutschland oder im Ausland entschieden hat oder
       - wenn die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
    e) Wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen.

§ 3 - Prämie

1. Zahlung der Erstprämie
   a) Die Erstprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
   b) Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
   c) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Zahlung der Folgeprämien
   a) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Monaten.
   b) Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
   c) Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Monaten 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 wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt. 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. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt.

§ 4 - Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

1. Geltungsbereich
   a) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.
   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.
   c) 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 zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn.
        Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 8 Ziffer 1 e).
2. Beginn
   Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
   a) nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
   b) nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;
   c) nicht vor Zahlung der Prämie;
   d) nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.
3. Ende
   Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
   a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
   b) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
   c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland;
   d) wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt.
4. 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 bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, max. für die Dauer von drei Monaten, weiter.

§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

I. Allgemeines

1. Die HanseMerkur leistet Entschädigung für unvorhergesehene akut auf der Reise eintretende Versicherungsfälle.
2. 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
   a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat;
   b) Tod.
3. 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 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 die ortsübliche Gebühr berechnen.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 4 genannten Behandelnden 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.
7. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus 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; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, dass in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn und bei Anschlussverträgen vom Beginn des Anschlussvertrages an.
2. Die Wartezeit für Entbindungen beträgt acht für den unfallbedingten Zahnersatz sechs Monate.

III. Heilbehandlungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

IV. Überführungs- / Bestattungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

§ 6 - Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
   a) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren und für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten 1. Grades unternommen wurde;
   b) für die bei Vertragsabschluss bzw. bei Abschluss des Anschlussvertrages bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbaren Folgen sowie die für die versicherte Person absehbaren Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsabschluss behandelt worden sind;

c) für Behandlungen von Tuberkulose, Diabetes, Tumoren sowie für Dialysebehandlungen, sofern die Erkrankung bzw. die Behandlungsnotwendigkeit bereits bei Versicherungsbeginn bestand;
d) für Behandlungen und Untersuchungen wegen Schwangerschaft, wenn diese bereits bei Versicherungsbeginn bestand, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht;
e) für solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, Kernenergie oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
f) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschl. deren Folgen;
g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen;
h) für Rehabilitationsmaßnahmen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht;
i) für Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren;
j) für 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;
k) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
l) für Behandlungen von Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
m) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
n) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
o) für Immunisierungsmaßnahmen;
p) für Hilfsmittel;
q) für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
r) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
s) für Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
t) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
u) für Organspenden und Folgen.

2. Die HanseMerkur 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 die HanseMerkur arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine 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 die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 7 - 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 der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
   c) der HanseMerkur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer 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 zur HanseMerkur aufzunehmen.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der HanseMerkur beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Folgen von Obliegenheitsverletzung:
   Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 8 - Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise, diese werden Eigentum des Versicherers, erbracht sind:
   a) Originalbelege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten 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 sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen;
   c) eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
   d) auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in den Ländern der Europäischen Union, der Schweiz und Liechtensteins;
   e) auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland;
   f) auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über alle während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für Bundesrepublik Deutschland.
2. 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 die HanseMerkur infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
3. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass die HanseMerkur im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt und die HanseMerkur 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 der HanseMerkur schuldhaft nicht entbunden werden.
4. 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.
5. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
7. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 9 - 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 der HanseMerkur gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Die HanseMerkur 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 die HanseMerkur im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf die HanseMerkur 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 der HanseMerkur abzugeben.

§ 10 - Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11 - Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 12 - Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

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

§ 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

B: Besonderer Teil der Versicherungsbedingungen für die Reise-Kranken-versicherung der HanseMerkur Reiseversicherung AG für Au-Pairs VB-KV 2008 (VB AP)

Tarif VB AP Basic

I. Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung
   a) während eines Aufenthaltes in Deutschland bis zu den so genannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen
      - nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,
      - nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz,
      - nach den Abschnitten A, E und O (technische Verrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz,
      - für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.
   b) während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands, soweit sie im ortsüblichen Rahmen berechnet werden.
2. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
   a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat, und Behandlung wegen Fehlgeburt;
   b) ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum 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) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
   d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
   e) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen bis zu einem Höchstbetrag von 250 EUR je Versicherungsjahr;
   f) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten 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 nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
   j) unaufschiebbare Operationen;
   k) medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen;
   l) Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit.
3. Zahnbehandlungskosten
   Der Versicherer erstattet des Weiteren unter Berücksichtigung von Ziffer 1 die während der Reise entstandenen Kosten für:
   a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in einfacher Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 250 EUR je Versicherungsjahr mit 100 % und darüber hinausgehende Kosten mit 50 %, insgesamt jedoch maximal 1.000 EUR je Versicherungsjahr;
   b) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50 % des Rechnungsbetrages bis zu maximal 1.000 EUR je Versicherungsjahr;

   Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

II. Rücktransport, Überführungs- / Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland gemäß § 1 Ziffer 2 dieser Bestimmungen –

1. die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.
2. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000 EUR.
3. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000 EUR.

III. 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 bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, max. für die Dauer von drei Monaten weiter.

Tarif VB AP Profi

I. Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung
   a) während eines Aufenthaltes in Deutschland bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen
      - nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,
      - nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz,
      - nach den Abschnitten A, E und O (technische Verrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz,
      - für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.
   b) während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands, soweit sie im ortsüblichen Rahmen berechnet werden.
2. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
   a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat, und Behandlung wegen Fehlgeburt;
   b) ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum 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) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
   d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
   e) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen bis zu einem Höchstbetrag von 500 EUR je Versicherungsjahr;
   f) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten 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 nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
   j) unaufschiebbare Operationen;
   k) medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen;
   l) Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit.
3. Zahnbehandlungskosten
   Der Versicherer erstattet des Weiteren unter Berücksichtigung von Ziffer 1 die während der Reise entstandenen Kosten für:
   a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllung in einfacher Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 750 EUR je Versicherungsjahr mit 100 % und darüber hinausgehende Kosten mit 75 %, insgesamt jedoch maximal 2.000 EUR je Versicherungsjahr;
   b) Zahnersatz einschließlich Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50 % des Rechnungsbetrages bis zu maximal 1.500 EUR je Versicherungsjahr;
   c) Zahnersatz, der aufgrund eines Unfalles erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss mit 100 % des Rechnungsbetrages bis max. 2.500 EUR je Versicherungsjahr.

   Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.
4. Krankenhaustagegeld
   Ab dem 6. Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes, der unter die Leistungspflicht dieser Bestimmungen fällt, wird ein Krankenhaustagegeld von 10,- EUR pro Tag für maximal 90 Tage pro Versicherungsjahr als Ausfallgeld gezahlt.

II. Rücktransport, Überführungs- / Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland gemäß § 1 Ziffer 2 dieser Bestimmungen –

1. die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.
2. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000 EUR.
3. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000 EUR.

III. 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 bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von drei Monaten weiter.

IV. Krankenbesuch

Sofern fest steht, dass der Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage dauert, organisiert die HanseMerkur auf Wunsch der versicherten Person einmalig die Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die entstehenden Kosten des Beförderungsmittels für die Hin- und Rückreise (einfache Klasse). Voraussetzung ist jedoch, dass der Krankenhausaufenthalt bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen ist.

Tarif VB AP Premium

I. Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung
   a) während eines Aufenthaltes in Deutschland im Rahmen der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ);
   b) während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands, soweit sie im ortsüblichen Rahmen berechnet werden.
2. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
   a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat, und Behandlung wegen Fehlgeburt;
   b) ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum 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) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
   d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
   e) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;

f) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten 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 nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
j) unaufschiebbare Operationen;
k) medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen;
l) Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit.

3. Zahnbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet des Weiteren unter Berücksichtigung von Ziffer 1 die während der Reise entstandenen Kosten für:
a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in einfacher Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR je Versicherungsjahr mit 100 % und darüber hinausgehende Kosten mit 75 %, insgesamt jedoch maximal 2.000 EUR je Versicherungsjahr.
b) Zahnersatz, einschl. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50 % des Rechnungsbetrages bis zu maximal 2.000 EUR je Versicherungsjahr;
c) Zahnersatz, der auf Grund eines Unfalles erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss mit 100 % des Rechnungsbetrages bis max. 2.500 EUR je Versicherungsjahr;

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

4. Krankenhaustagegeld
Ab dem 6. Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes der unter die Leistungspflicht dieser Bestimmungen fällt, wird ein Krankenhaustagegeld von 10 EUR pro Tag für maximal 90 Tage pro Versicherungsjahr als Ausfallgeld gezahlt.

II. Rücktransport, Überführungs- / Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland gemäß § 1 Ziffer 2 dieser Bestimmungen –

1. die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.
2. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 15.000 EUR.
3. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 15.000 EUR.

III. 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 bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, max. für die Dauer von drei Monaten weiter.

IV. Krankenbesuch

Sofern fest steht, dass der Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage dauert, organisiert die HanseMerkur auf Wunsch der versicherten Person einmalig die Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die entstehenden Kosten des Beförderungsmittels für die Hin- und Rückreise (einfache Klasse). Voraussetzung ist jedoch, dass der Krankenhausaufenthalt bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen ist.

Hauptverwaltung:
Siegfried-Wedells-Platz 1 • 20354 Hamburg

HanseMerkur Reiseversicherung AG

Versicherungsbedingungen für die Reiseversicherung der HanseMerkur Reiseversicherung AG für Au-Pairs VB-RS 2008 (AP)

A: Allgemeiner Teil

(Die nachstehenden Regelungen des allgemeinen Teils gelten für alle im Besonderen Teil aufgeführten Versicherungen.)

§ 1 - Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Personen, die eine Au-Pair-Stelle annehmen bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres (30. Geburtstag), sofern sie eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:
   a) Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland;
   b) Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland sowie Staatsangehörige der EU-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland während eines Aufenthaltes im Ausland;
   c) Personen mit anderer Staatsangehörigkeit während eines Aufenthaltes im Ausland, sofern sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland haben.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

§ 2 - Abschluss, Dauer und Beendigung des Vertrages

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zu stellen. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Antritt der Auslandsreise bzw. nach Ablauf der Frist von einem Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht mehr möglich.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer eingeht und der Versicherer eine Versicherungsbestätigung an den Versicherungsnehmer sendet. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziffer 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
5. Die Höchstversicherungsdauer beträgt drei Jahre.
6. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes, innerhalb der Höchstversicherungsdauer, kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur mit einem Anschlussvertrag verlängert werden, wenn der Antrag für den Anschlussvertrag vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur vorgelegen hat und diese dem Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmt.
   Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
7. Versicherte Personen, die aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-Pair ausüben, können bei Wechsel der Gastfamilie, innerhalb des ursprünglich versicherten Zeitraumes, einen Wechselvertrag im Rahmen dieser Bedingungen abschließen, sofern:
   a) der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Wechsel der Gastfamilie gestellt wird;
   b) der ursprüngliche Zeitraum bei der HanseMerkur versichert war;
   c) der Wechselvertrag in direktem Anschluss an den Vorvertrag beginnt;
   d) der Wechselvertrag vor Ende des Vorvertrages beantragt wird;
   e) der Wechselvertrag zum selben Zeitpunkt enden soll wie der Vorvertrag.
   Rechte und Pflichten aus den Vorverträgen gehen dann in den Wechselvertrag über.
   Auf Höchstsätze abgestellte Versicherungsleistungen werden zusammengerechnet.
   In der Krankenversicherung werden Erkrankungen und Beschwerden, die während der Vorverträge bei der HanseMerkur erstmals aufgetreten sind, im Wechselvertrag mitversichert.
8. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
9. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
10. Der Versicherungsvertrag endet
    a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
    b) mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland; die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben.
    c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland; d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland nicht mehr vorliegen,
       - wenn sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland entschieden hat oder
       - wenn die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
    e) wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen.

§ 3 - Prämie

1. Zahlung der Erstprämie:
   a) Die Erstprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
   b) Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
   c) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Zahlung der Folgeprämien
   a) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Monaten.
   b) Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
   c) Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Monaten 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 wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt. 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. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt.

§ 4 - Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

1. Geltungsbereich
   a) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.
   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.
2. Beginn
   Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
   a) nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
   b) nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;
   c) nicht vor Zahlung der Prämie;
   d) 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.
4. Ende
   Der Versicherungsschutz endet
   a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
   b) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
   c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland;
   d) wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt.

§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Ist der jeweiligen versicherten Sparte in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

§ 6 - Allgemeine Einschränkung des Versicherungsschutzes, Verwirkungsgründe, Klagefrist, Verjährung

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Krieg, Bürgerkrieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Streik, Kernenergie, Beschlagnahmung, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand.
2. Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat.
3. Führt der Versicherungsnehmer / die versicherte Person den Versicherungsfall grob fahrlässig herbei, ist die HanseMerkur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Die HanseMerkur ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die HanseMerkur arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
5. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person bei der HanseMerkur angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung der HanseMerkur dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person in Textform zugeht.

§ 7 - Allgemeine Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Obliegenheiten
   Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen 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 der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, unter Einreichung sämtlicher relevanter Unterlagen anzuzeigen;
   c) der HanseMerkur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
   d) auf Verlangen des Versicherers, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
   e) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
2. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzung
   Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers / der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer / die versicherte Person.

Hinweis: Bitte beachten Sie darüber hinaus die jeweiligen Besonderen Obliegenheiten in den einzelnen Sparten in Teil B dieser Versicherungsbedingungen.

§ 8 - Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Liegt der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis der HanseMerkur vor und ist die Leistungspflicht der HanseMerkur dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen zu erfolgen. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens der versicherten Person gehindert sind.
2. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist.
3. Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Verfahren gegen die versicherte Person eingeleitet worden, so kann die HanseMerkur bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren die Regulierung des Schadens aufschieben.
4. Zur Prüfung des Leistungsanspruches ist es eventuell erforderlich, dass die HanseMerkur im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, bzw. der gesetzliche Vertreter der versicherten Person, oder eine Risikoperson die Einwilligung zu einer solchen Erhebung nicht erteilt und die HanseMerkur hierdurch die Höhe und den Umfang des Leistungsanspruches nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit der Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen gegenüber der HanseMerkur nicht von ihrer Schweigepflicht entbunden sind.
5. 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.
6. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 9 - 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 der HanseMerkur gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf die HanseMerkur Reiseversicherung im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.

§ 10 - Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11 - Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 12 - Anzuwendendes Recht, Vertragssprache, Geltung für versicherte Personen

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch. Alle getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß für die versicherten Personen.

§ 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

B: Besonderer Teil für die Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen der HanseMerkur Reiseversicherung AG für Au-Pairs (VB-AP RS)

Die nachfolgenden Versicherungen gelten, soweit sie vereinbart wurden.

I. Reise-Unfallversicherung

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

1. Die HanseMerkur erbringt Leistungen bei Unfällen auf der Reise, die zum Tod oder einer dauerhaften Invalidität der versicherten Person führen.
2. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
3. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

§ 2 - Leistungen

Die Versicherungssummen für die Invaliditäts- und Todesfallleistung sowie für Bergungskosten ergeben sich aus den vertraglichen Vereinbarungen. Für die Entstehung des Anspruches und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Invaliditätsleistung

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.
2. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
   a) Als feste Invaliditätsgrade gelten (unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität) bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

eines Armes im Schultergelenk	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand im Handgelenk	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	50 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
eines Fußes im Fußgelenk	40 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	30 %
des Geruchs	10 %
des Geschmacks	5 %

   b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.
   c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
   d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach § 2 Ziffer 2 ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.
3. Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach § 2 Ziffer 2 a) bis c) zu bemessen.
4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
5. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder (gleichgültig, aus welcher Ursache) später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach § 2 Ziffer 1 entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
6. Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 26% für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%)
   Führt ein Unfall, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen von § 2 Ziffern 2 und 3, zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Funktion von mehr als 25 Prozent, gilt folgendes:
   a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt die HanseMerkur zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme.
   b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlt die HanseMerkur zusätzlich weitere 2% aus der Versicherungssumme.
   c) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000,– EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungsverträge zusammen.

   Im Invaliditätsfall wirken sich diese Besonderen Bedingungen im Einzelnen wie folgt aus:

Unfall-bedingter Invalidität sgrad %	Leistung aus der Versich-erungs-summe %	Unfall-bedingter Invalidità tsgrad %	Leistung aus der Versich-erungs-summe %	Unfall-bedingter Invalidität sgrad %	Leistung aus der Versich-erungs-summe %	Unfall-bedingter Invalidität sgrad %	Leistung aus der Versich-erungs-summe %
1	1	26	28	51	105	76	230
2	2	27	31	52	110	77	235
3	3	28	34	53	115	78	240
4	4	29	37	54	120	79	245
5	5	30	40	55	125	80	250
6	6	31	43	56	130	81	255
7	7	32	46	57	135	82	260
8	8	33	49	58	140	83	265
9	9	34	52	59	145	84	270
10	10	35	55	60	150	85	275
11	11	36	58	61	155	86	280
12	12	37	61	62	160	87	285
13	13	38	64	63	165	88	290
14	14	39	67	64	170	89	295
15	15	40	70	65	175	90	300
16	16	41	73	66	180	91	305
17	17	42	76	67	185	92	310
18	18	43	79	68	190	93	315
19	19	44	82	69	195	94	320
20	20	45	85	70	200	95	325
21	21	46	88	71	205	96	330
22	22	47	91	72	210	97	335
23	23	48	94	73	215	98	340
24	24	49	97	74	220	99	345
25	25	50	100	75	225	100	350

II. Todesfallleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode der versicherten Person, so entsteht für die Erben ein Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 5 Ziffer 5 verwiesen.

III. Bergungskosten

1. Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt die HanseMerkur bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für
   a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;
   b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet;
   c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
   d) Im Todesfall Überführung an den Ort des letzten ständigen Wohnsitzes.
2. Hat die versicherte Person für Kosten nach 1 a) einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist die HanseMerkur ebenfalls ersatzpflichtig.
3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen die HanseMerkur nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich die versicherte Person unmittelbar an die HanseMerkur halten.
4. Bestehen für die versicherte Person bei der HanseMerkur mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

§ 3 - Fälligkeit der Leistungen

1. Sobald der HanseMerkur die Unterlagen zugegangen sind, die die versicherte Person zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist die HanseMerkur verpflichtet, innerhalb eines Monats (beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten) zu erklären, ob und in welcher Höhe sie einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die der versicherten Person zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt die HanseMerkur bis zu max. ein Promille der versicherten Summe.
2. Erkennt die HanseMerkur den Anspruch an oder haben sich die versicherte Person und die HanseMerkur über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt die HanseMerkur die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nicht beansprucht werden.
3. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt die HanseMerkur auf Verlangen der versicherten Person angemessene Vorschüsse.
4. Die versicherte Person und die HanseMerkur sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens der HanseMerkur mit Abgabe ihrer Erklärung entsprechend § 3 Ziffer 1, seitens der versicherten Person innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie die HanseMerkur bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit fünf Prozent jährlich zu verzinsen.

§ 4 - Einschränkung des Versicherungsschutzes

I. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Satz eins nicht mehr versicherbar ist.

II. Nicht versicherte Unfälle und Gesundheitsschädigungen

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

1. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder die durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, verursacht werden.
2. Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
3. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
4. Unfälle der versicherten Person, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeuges eintreten. Versicherungsschutz besteht jedoch als Fluggast einer Fluggesellschaft.
5. Unfälle der versicherten Person beim Fallschirmspringen.
6. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
7. Unfälle, die der versicherten Person in Ausübung der Berufstätigkeit zustoßen. Kaufmännische Tätigkeit, Büro-, Lehr- und Verwaltungstätigkeit sowie die berufliche Tätigkeit von Reiseleitern sind jedoch mitversichert.
8. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Heilmaßnahmen oder Eingriffe, Infektionen und Vergiftungen, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt.
9. Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
10. Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 Ziffer 3 die überwiegende Ursache ist.
11. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

III. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

§ 5 - Besondere Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles (Ergänzung zu den im § 7 des Allgemeinen Teils aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten)

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen. Die versicherte Person hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
2. Die von der HanseMerkur übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an die HanseMerkur zurückzusenden.
3. Die versicherte Person hat sich von den von der HanseMerkur beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt die HanseMerkur.
4. Die Ärzte, die die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden der HanseMerkur zu melden, auch wenn der Unfall selbst schon angezeigt ist. Der HanseMerkur ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihr beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
6. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus dem Allgemeinen Teil dieser Bedingungen.

II. Reise-Haftpflichtversicherung

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

1. Die HanseMerkur bietet der versicherten Person Versicherungsschutz auf der Reise für den Fall, dass sie wegen eines eingetretenen Schadenereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.
2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens, insbesondere
   a) als Familien- und Haushaltungsvorstand (z. B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige);
   b) als Radfahrer (Fahrrad ohne Motor oder Hilfsmotor);
   c) aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in § 3 Ziffer 3 genannten Sportarten);
   d) als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer gegen die versicherte Person und/oder den Versicherungsnehmer sind nicht versichert);
   e) durch den Besitz und Gebrauch von Flugmodellen, unbemannten Ballonen und Drachen, die weder mit Motoren noch durch Treibsätze angetrieben werden, deren Fluggewicht 5 kg nicht übersteigt und für die keine Versicherungspflicht besteht;
   f) durch den Besitz und Gebrauch von eigenen oder fremden Ruder- und Tretbooten sowie fremden Segelbooten, die weder mit Motoren (auch Außenbordmotoren) sowie Treibsätzen angetrieben werden und für die keine Versicherungspflicht besteht;
   g) aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen von eigenen oder fremden Surfbrettern zu Sportzwecken;

   Ausgeschlossen ist jedoch die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung an Dritte.
3. Sofern die versicherte Person aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-Pair ausübt;
   a) schließt die Privathaftpflichtversicherung auch deren Berufshaftpflicht ein. Als versichert gelten dabei nur Haftpflichtansprüche auf Grund von Tätigkeiten, die die ver-sicherte Person auf Grund ihres Ausbildungsstandes ausüben darf. Dieser Versicherungsschutz tritt aber nur dann ein, wenn gegen die versicherte Person selbst Ansprüche erhoben werden und für die versicherte Person keine anderweitiger Versicherungsschutz bzw. kein ausreichender Versicherungsschutz besteht, z. B. im Rahmen einer Privathaftpflichtversicherung der Gastfamilie.
   b) erstattet die HanseMerkur Reiseversicherung AG bei einer in der Bundesrepublik Deutschland behördlich angeordneten Abschiebung eines Au-Pair in sein Heimatland, die gegen den Versicherungsnehmer (Gastfamilie) gemäß §§ 765, 773 BGB in Verbindung mit §§ 82 Abs. 2, 83 und 84 Ausländergesetz geltend gemachten, nachgewiesenen Mehrkosten (Abschiebekosten). Die Versicherungssumme für die versicherten Abschiebekosten ergibt sich aus dem gewählten Tarif. Die Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers beträgt 10% der erstattungsfähigen Abschiebekosten, mindestens 100 EUR und maximal 1.000 EUR.
   Der Versicherungsschutz für die Abschiebekosten besteht nur, wenn die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraumes, des Zeitraumes des Au-Pair-Vertrages und innerhalb des in der Aufenthaltsgenehmigung bzw. im Visum angegebenen Zeitraumes für den Aufenthalt behördlich angeordnet wurde.
4. Sofern dies nach dem gewählten Tarif ausdrücklich vereinbart ist, gilt in Ergänzung von § 1 Ziffer 1 die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von fremden Schlüsseln (auch General-Hauptschlüssel für eine zentrale Schließanlage und Code-Karten), die sich rechtmäßig in Gewahrsam des Versicherten befunden haben, als mitversichert.
   Der Versicherungsschutz beschränkt sich auf gesetzliche Haftpflichtansprüche wegen der Kosten für die notwendige Auswechselung von Schlössern und Schließanlagen sowie für vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (Notschloss) und einen Objektschutz bis zu 14 Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an welchem der Verlust des Schlüssels festgestellt wurde.
   Ausgeschlossen bleiben Haftpflichtansprüche aus Folgeschäden eines Schlüsselverlustes (z. B. wegen Einbruchs).
   Ausgeschlossen bleibt die Haftung aus dem Verlust von Tresor- und Möbelschlüsseln sowie sonstigen Schlüsseln zu beweglichen Sachen.
   Die Höchstersatzleistung des Versicherers je Schadenereignis beträgt 250 EUR. Für alle Schäden eines Versicherungsjahres - oder eines ggf. vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes - ist die Versicherungssumme für das Abhandenkommen von Schlüsseln innerhalb der Deckungssummen auf insgesamt 500 EUR begrenzt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.
   Die Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers an jedem Schaden beträgt 20%, mindestens 50 EUR.
5. Soweit dies nach dem gewählten Tarif vereinbart ist, gelten abweichend von § 3 Ziffer 8 als versichert Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person wegen Schäden an beweglichen Gegenständen (z. B. Bildern, Mobiliar, Fernsehapparaten, Geschirr, Teppichen etc.) im Haushalt der Gastfamilie. Zum Haushalt der Gastfamilie gehören das von der Gastfamilie bewohnte Haus oder die von der Gastfamilie bewohnte Wohnung (Haupt-, Neben- und Urlaubswohnsitz), einschließlich des hierzu gehörenden Grundstückes und der hierauf befindlichen Nebengebäude oder Nebenräume.
   Die Versicherungssumme für Schäden an beweglichen Sachen im Haushalt der Gastfamilie ist innerhalb der Deckungssummen auf 2.500 EUR je Versicherungsfall begrenzt. Die Gesamtleistung für alle Schäden an beweglichen Gegenständen der Gastfamilie innerhalb eines Versicherungsjahres oder eines ggf. vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes ist auf 5.000 EUR begrenzt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.
   Die Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers an jedem erstattungsfähigen Schaden beträgt je Schadenfall 10%, mindestens 150 EUR.
6. Abweichend von § 3 Abs. 4 sind auch Mietsachschäden vom Umfang des Versicherungsschutzes erfasst. Der Versicherungsschutz erstreckt sich in diesem Rahmen auf

Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens als Benutzer der zur Unterkunft auf Reisen vorübergehend zu privaten Zwecken gemieteten Räume in Gebäuden (z. B. Hotel- und Pensionszimmer, Ferienwohnungen, Bungalows, bei Au-Pairs der Haushalt der Gastfamilie, etc.) sowie der Räume, deren Benutzung im Zusammenhang mit der Beherbergung vorgesehen und gestattet ist (z. B. Speiseräume, Gemeinschaftsbäder).

Ausgeschlossen sind jedoch Haftpflichtansprüche wegen

- Schäden an beweglichen Gegenständen wie Bildern, Mobiliar, Fernsehapparaten, Geschirr etc.;
- Schäden durch Abnutzung, Verschleiß und übermäßiger Beanspruchung;
- Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten;
- der unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadenereignissen fallenden Rückgriffsansprüche.

Die Versicherungssumme für Mietsachschäden beträgt innerhalb der Deckungssummen für Sachschäden je Schadenereignis 25.000 EUR. Die Gesamtleistung der HanseMerkur Reiseversicherung AG für alle Schadenereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres – oder eines ggf. vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes - ist auf 50.000 EUR begrenzt.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

Die Selbstbeteiligung der versicherten Person bei jedem Schadenereignis beträgt 10% des erstattungsfähigen Schadens, mindestens 125 EUR.

§ 2 - Leistungen

1. Die Leistungspflicht der HanseMerkur Reiseversicherung AG umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie den Ersatz der Entschädigung, welche die versicherte Person auf Grund eines von der HanseMerkur Reiseversicherung AG abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von der HanseMerkur Reiseversicherung AG geschlossenen oder genehmigten Vergleichs oder einer richterlichen Entscheidung zu zahlen hat.

   Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person von der HanseMerkur Reiseversicherung AG gewünscht oder genehmigt, so trägt die HanseMerkur die gebührenordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit ihr besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.

   Hat die versicherte Person für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten oder ist ihr die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen, so ist die HanseMerkur an ihrer Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.
2. Für den Umfang der Leistung der HanseMerkur Reiseversicherung AG bilden die nach dem jeweiligen Tarif vertraglich vereinbarten Versicherungssummen die Höchstgrenze bei jedem Schadenereignis. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache gelten als ein Schadenereignis. Die Gesamtleistung der HanseMerkur Reiseversicherung AG für alle Schadenereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres - oder eines vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes -ist auf das Doppelte der nach dem gültigen Tarif gewählten Deckungssummen für Personen- und Sachschäden begrenzt.
3. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen der versicherten Person und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, so führt die HanseMerkur den Rechtsstreit im Namen der versicherten Person. Die hierfür anfallenden Kosten übernimmt die HanseMerkur.
4. Die Aufwendungen der HanseMerkur für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber § 2 Ziffer 5).
5. Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat die HanseMerkur die Prozesskosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche zu tragen, und zwar auch dann, wenn es sich um mehrere aus einem Schadenereignis entstehende Prozesse handelt. Die HanseMerkur ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und ihres der Versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten sich von weiteren Leistungen zu befreien.
6. Hat die versicherte Person an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus demselben Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente erstattet. Der Kapitalwert der Rente wird zu diesem Zweck auf Grund der Sterbetafel der Deutschen Aktuar-Vereinigung von 1995 für Renten (DAV 1995 R), und eines Zinsfußes von jährlich 4% ermittelt.
7. Falls die von der HanseMerkur verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, so hat die HanseMerkur für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

§ 3 - Ausschlüsse

Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf:

1. Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
2. Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen;
3. Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfen, Kampfsport wie Judo, Kung-Fu und dgl. sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu;
4. Haftpflichtansprüche wegen Schäden (mit Ausnahme der unter § 1 Ziffer 2 b) genannten Tatbestände) an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat, oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
5. Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden;
6. Haftpflichtansprüche
   a) aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind);
   b) zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages;
7. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen;
8. Haftpflichtansprüche aus Schäden an beweglichen Gegenständen (z. B. Bildern, Mobiliar, Fernsehapparaten, Geschirr, Teppichen etc.) im Haushalt der Gastfamilie. Zum Haushalt der Gastfamilie gehören das von der Gastfamilie bewohnte Haus oder die von der Gastfamilie bewohnte Wohnung (Haupt-, Neben- und Urlaubswohnsitz), einschließlich des hierzu gehörenden Grundstückes und der hierauf befindlichen Nebengebäude oder Nebenräume;
9. die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges (ausgenommen die in § 1 Ziffer 2 f) und g) genannten Wasserfahrzeuge) wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden;
10. die Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd. Der Versicherungsschutz des Tierhüters nach § 1 Ziffer 2 c) bleibt von dieser Ausschlussregelung jedoch unberührt;
11. die Haftpflicht aus der Ausübung eines Berufes, Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art;
12. die Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte.

§ 4 - Besondere Obliegenheiten und Verfahren nach Eintritt des Versicherungsfalles

(Ergänzung zu den im § 7 des Allgemeinen Teils aufgeführten Allgemeinen Obliegenheiten**)**

1. Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.
2. Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat die versicherte Person dies der HanseMerkur unverzüglich anzuzeigen, auch wenn sie den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat. Wird gegen die versicherte Person ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihr gerichtlich der Streit verkündet, so hat sie dies unverzüglich der HanseMerkur anzuzeigen. Das Gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen der HanseMerkur nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadenfalles dient, sofern ihr dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Die versicherte Person hat die HanseMerkur bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihr ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Tatumstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht der HanseMerkur für die Beurteilung des Schadenfalles erheblichen Schriftstücke einzusenden.
4. Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat die versicherte Person die Prozessführung der HanseMerkur zu überlassen, dem von der HanseMerkur bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder der HanseMerkur für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat sie, ohne die Weisung der HanseMerkur abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
5. Die versicherte Person ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung der HanseMerkur einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Bei Zuwiderhandlungen ist die HanseMerkur von der Leistungspflicht frei, es sei denn, dass die versicherte Person nach den Umständen die Befriedigung oder Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.
6. Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist sie verpflichtet, dieses Recht auf ihren Namen von der HanseMerkur ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter § 4 Ziffer 3 bis 5 finden entsprechende Anwendung.
7. Die HanseMerkur gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruches ihr zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.
8. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus dem Allgemeinen Teil dieser Bedingungen.

III. Rückreise-Notfallversicherung

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

1. Die Rückreise-Notfallversicherung gilt ausschließlich für versicherte Personen des Premium-Tarifs.
2. Die HanseMerkur leistet Entschädigung im Rahmen dieser Bestimmungen für die notfallbedingte Heimreise einer versicherten Person aus dem Ausland.
3. Voraussetzung ist, dass sich die versicherte Person oder ein von ihr Beauftragter bei Eintritt des Versicherungsfalles telefonisch oder in sonstiger Weise an die Notzentrale oder direkt an die HanseMerkur Reiseversicherung AG wendet. Andernfalls kann es sein, dass eine Kostenerstattung verweigert oder nur teilweise durchgeführt wird.

§ 2 - Leistungen

1. Notfallbedingte Heimreise

   Die HanseMerkur Reiseversicherung AG übernimmt die Kosten bis zu einem Betrag von maximal 1000 EUR pro Versicherungsjahr für:

   a) eine zwischenzeitliche Rückreise der versicherten Person ins Heimatland in einer einfachen Reiseform, z. B. Bahnfahrt 2. Klasse oder kostengünstigstes Flugticket der Touristenklasse, bei schwerer Krankheit, lebensbedrohlichen Unfallfolgen, oder Tod eines Eltern- oder Geschwisterteils, sofern die schwere Krankheit oder der Unfall bei einem Eltern- oder Geschwisterteil erst nach Ankunft der versicherten Person im Gastland auf- bzw. eingetreten und ärztlich festgestellt worden ist und das ursprüngliche Ticket nicht benutzt oder umgebucht werden kann;
   b) die Rückreise der versicherten Person ins Gastland bei einer notfallbedingten Heimreise, in einer einfachen Reiseform, z. B. Bahnfahrt 2. Klasse oder kostengünstigstes Flugticket der Touristenklasse, wenn mehr als 30 Tage bis zur ursprünglich geplanten Rückreise im Gastland verbleiben oder wenn die versicherte Person in das Gastland zurückkehren muss, um eine für die weitere Schullaufbahn notwendige Prüfung abzulegen. Die Kosten für die endgültige Heimreise übernimmt die HanseMerkur dann, wenn das Rückreiseticket für die notfallbedingte Rückreise verwendet, bzw. umgebucht wurde.

§ 3 - Einschränkung des Versicherungsschutzes

Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall für den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar war.

Auszahlung der Versicherungsleistungen

Zur Auszahlung der Versicherungsleistungen sind folgende Nachweise beizubringen:

1. Bei einer notfallbedingten Heimreise
   a) ein Attest des behandelnden Arztes mit Angaben über
      - die Diagnose;
      - die Schwere der Krankheit bzw. über die Lebensbedrohlichkeit der Unfallfolgen;
      - den Zeitpunkt, wann (Datum) der Unfall stattfand bzw. die schwere Krankheit erstmals festgestellt wurde;
      - den Zeitpunkt, wann der Patient erstmals mit dem Eintritt der schweren Erkrankung rechnen musste;
   b) auf Verlangen des Versicherers eine Schweigepflichtentbindungserklärung für den behandelnden Arzt;
   c) im Todesfall eine Kopie der Sterbeurkunde;
   d) Nachweis, dass eine Umbuchung des Tickets für die ursprünglich geplante Rückreise nicht möglich war;
   e) Nachweis der kostengünstigsten Rückreisemöglichkeit;
   f) Originalnachweise über den Bezug und die Bezahlung der Reisetickets.
2. Bei einer Rückkehr ins Gastland gemäß § 2 Abs. 2 b) dieser Bestimmungen ist neben den unter b) aufgeführten Belegen ein Nachweis darüber beizubringen, dass mehr als 30 Tage bis zur ursprünglich geplanten Rückreise im Gastland verbleiben oder die versicherte Person in das Gastland zurückkehren muss, um eine für die weitere Schullaufbahn notwendige Prüfung abzulegen.