

Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen von ausländischen Gästen bei der Hanse Merkur Reiseversicherung nach Tarif Care Travel (Kurzbezeichnung: AVB-CT 03)

A: Allgemeiner Teil gültig für alle im Teil B genannten Versicherungen

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union, sowie der Schweiz oder Liechtenstein aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.
- (2) 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.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 - Versicherbare Personen

- (1) **Versicherungsfähig** sind in der Gruppenversicherung Personen bis zum vollendeten 74. Lebensjahr sofern sie:
 - a) eine ausländischer Staatsangehörigkeit haben und sich nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union oder der Schweiz sowie Liechtenstein aufhalten;
 - b) die deutsche Staatsangehörigkeit haben und seit mehr als 2 Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

Eine Gruppenversicherung kann ab 100 gemeldeten Personen pro Jahr von einem Kooperationspartner beantragt und für maximal 93 Tage abgeschlossen werden. Eine Vertragsverlängerung darüber hinaus ist nur im Rahmen einer Einzelversicherung möglich.

- (2) Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen die:

- a) dauernd pflegebedürftig sind sowie Geisteskranke;
- b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Bauarbeiter oder Sportler ausüben;

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

§ 3 - Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Meldeliste bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein und nicht vor Zahlung der Prämie. Für Versicherungsfälle, und in der Reisekrankenversicherung auch für Beschwerden, und deren Folgen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
- (2) Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 2 (1) dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender - unter Abzug der Kosten des Versicherers - zur Verfügung.

§ 4 - Abschluß und Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) Der Antrag auf Abschluß eines Versicherungsvertrages ist innerhalb von 3 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union, sowie der Schweiz oder Liechtenstein zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Ablauf der Frist von 3 Tagen ist der Abschluß eines Versicherungsvertrages nicht möglich.
- (2) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Vordruck beantragt und erfolgt die Prämienzahlung über ein Postamt oder ein Kreditinstitut, so gilt der Vertrag, sofern der ordnungsgemäß ausgefüllte Vordruck bei der Care Concept Versicherungsmakler AG eingeht, bereits mit dem Tage der Einzahlung bzw. Überweisung der Prämie (Datum der Post bzw. des Kreditinstitutes auf dem Quittungsabschnitt sind maßgebend) als zustande gekommen. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrages sowie die zu versichernden Personen enthält. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller bzw. der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler.
- (3) Der Versicherungsvertrag muß für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
- (4) Die Höchstversicherungsdauer beträgt 93 Tage. Eine Verlängerung darüber hinaus ist nicht möglich.
- (5) Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes, innerhalb der Höchstversicherungsdauer, kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur verlängert werden, wenn der Antrag auf Verlängerung vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der Care Concept AG

vorgelegen hat und diese dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmt. Die Annahme der Prämie bei Zahlung nach § 4 Abs. 2 dieser Bestimmungen gilt nicht als Zustimmung für einen Verlängerungsantrag.

- (6) Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, und in der Reise-Krankenversicherung darüber hinaus auch nur für die Beschwerden und deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind. Versicherungsfälle, einschl. Beschwerden in Bezug auf die Reisekrankenversicherung, die nach Beantragung der Verlängerung und vor der Zustimmung des Versicherers eintreten, sind der HanseMerkur unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

§ 5 - Allgemeine Einschränkung des Versicherungsschutzes

Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Streik, Krieg, kriegsähnlicher Ereignisse, innere Unruhen, Kernenergie sowie für solche Ereignisse, die auf vorsätzliches Handeln des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person zurückzuführen sind.

§ 6 - Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet in der Reisekrankenversicherung auch für schwebende Versicherungsfälle

- (1) zu dem vereinbarten Zeitpunkt,
- (2) spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union, sowie der Schweiz oder Liechtenstein.
- (3) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder den Ländern der Europäischen Union sowie in der Schweiz oder Lichtenstein nicht mehr vorliegen.

§ 7 - Prämie

- (1) Die Prämie ist eine Einmalprämie, ergibt sich aus der jeweils gültigen Prämienübersicht und ist bei Abschluß des Vertrages zu zahlen.
- (2) Unverbrauchte Teile der Pauschalprämie, wegen vorzeitiger Beendigung der Reise, werden von der HanseMerkur nicht zurückgezahlt.

§ 8 - Zahlung der Entschädigung

- (1) Die Care Concept ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, er hatte begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders.
- (2) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der Care Concept AG 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.
- (3) Von den Leistungen können die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, daß die Care Concept AG Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

§ 9 - Allgemeine Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - a) alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
 - b) den Schaden der Care Concept AG unverzüglich, spätestens nach Abschluß der Reise, anzuzeigen;
 - c) der Care Concept AG jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen, ggf. behandelnde Ärzte und andere Versicherer von Ihrer Schweigepflicht zu entbinden sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der HanseMerkur beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer / die versicherte Person eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt die HanseMerkur insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

Hinweis: Bitte beachten Sie darüber hinaus die jeweiligen besonderen Obliegenheiten zu den im Teil B genannten Versicherungen.

§ 10 - Verwirkungsgründe, Klagefrist, Verjährung

- (1) 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.
- (2) Die Leistungspflicht entfällt auch, wenn eine Erstattung abgelehnt wurde und der Anspruch auf Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem die HanseMerkur den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
- (3) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

§ 11 - Ansprüche gegen Dritte

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. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 12 - Entschädigungen aus anderen Versicherungsverträgen (Subsidiaritätsklausel)

Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem Vertrag vor. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMerkur Reiseversicherung AG gemeldet, tritt diese in Vorleistung. Ergänzend gilt § 11 dieser Versicherungsbedingungen.

§ 13 - Aufrechnung

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

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der HanseMerkur bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 15 - Gerichtsstand / Anzuwendendes Recht

Gerichtsstand ist Hamburg oder der Sitz des Vermittlers. Soweit gesetzlich zulässig, gilt deutsches Recht.

B: Besonderer Teil zu den einzelnen Versicherungen

I. Reise- Krankenversicherung

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

- (1) Die HanseMerkur leistet Entschädigung für 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.

§ 2 - Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn und bei Vertragsverlängerungen vom Verlängerungsbeginn an.

§ 3 - Leistungen

I. Allgemeines

- (1) In Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Im vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers erstattet, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann. In den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein, 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.
- (2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
 - a) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl..
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) 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. Heilbehandlungskosten

- (1) Der Versicherer erstattet die entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. 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 Fehlgeburts;
 - b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel.
 - c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
 - e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - f) Röntgendiagnostik;
 - g) stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).
 - h) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück.;
 - i) Operationen
- (2) Zahnbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet die während der Reise entstandenen Kosten für:
 - a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in einfacher Ausführung
 - b) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen)Insgesamt für a) und b) bis zu maximal EUR 300.

III. Überführungs- / Bestattungskosten

Die HanseMerkur erstattet - außer bei einem Aufenthalt im Heimatland -

- (1) im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000,00 EUR;

- (2) die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000,00 EUR.

IV. 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

- a) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, max. für die Dauer von einem Monat weiter.

V. Kostenerstattung

- (1) Erstattet werden die in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten.

- (2) Als Kostennachweise sind bezahlte Originalbelege einzureichen, die Angaben enthalten müssen über:

- a) den Namen und die Anschrift des Behandlers;
- b) den Namen der behandelten Person;
- c) die Krankheitsbezeichnung;
- d) den Behandlungszeitraum;
- e) die Art der erbrachten Leistungen.

- (3) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.

- (4) Bei einer Überführung ist ein ärztliches Attest mit Angaben über die Todesursache mit einzureichen.

§ 4 - Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Keine Leistungspflicht besteht:

- a) für die bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beginn der Vertragsverlängerung bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen sowie die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden sind;
- b) für solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- c) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschl. deren Folgen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- e) für Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren;
- f) 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;
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für Behandlungen von Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- i) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- j) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
- k) für Schwangerschaftsunterbrechungen;
- l) für Immunisierungsmaßnahmen
- m) für Hilfsmittel
- n) für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane
- o) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen
- p) für Zahnersatz, Stifzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbißbehelfe und gnathologische Maßnahmen,

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

- (3) 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.

II. 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 Todesfalleistung sowie für Bergungskosten ergeben sich aus den vertraglichen Vereinbarungen. Für die Entstehung des Anspruchs 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 90 Prozent
- a) 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 mindestens 90 Prozent, erbringt die HanseMerkur die doppelte Invaliditätsleistung.
- b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000,- EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der HanseMerkur Reiseversicherungs AG weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungsverträge zusammen.

II. Todesfalleistung

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 über die Care Concept AG 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.. 1 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 5 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 1 nicht mehr versicherbar ist.

II. Nicht versicherte Unfälle und Gesundheitsschädigungen

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- (1) 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;
- (2) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, daß sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;
- (3) Unfälle der versicherten Person, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeuges eintreten. Versicherungsschutz besteht jedoch als Fluggast einer Fluggesellschaft;
- (4) Unfälle der versicherten Person beim Fallschirmspringen;
- (5) 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;
- (6) 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;
- (7) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Heilmaßnahmen oder Eingriffe, Infektionen und Vergiftungen, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt;
- (8) Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind;

(9) 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;

(10) 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 § 9 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 Verdienstaufhalles 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 § 9 des Allgemeinen Teils der AVB-CT 03.