

Abschnitt I. gültig für die in Abschnitt II. aufgeführten Tarife

§ 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 mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich, die sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
 - a. sich, gerechnet ab dem Versicherungsbeginn, bereits länger als 24 Monate durchgehend im Ausland aufhalten;
 - b. im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben. Hiervon unberührt bleiben sportliche Tätigkeiten, für die die versicherte Person Zuwendungen in Höhe von insgesamt nicht mehr als 450,- EUR/Monat erhält;
 - c. dauernd pflegebedürftig sind; pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
 - d. im Aufenthaltsland der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherungspflicht unterliegen bzw. deren Versicherungsaufnahme gegen geltendes Recht des Aufenthaltslandes verstößt;
 - e. illegal in das Aufenthaltsland eingereist sind bzw. sich dort illegal aufhalten.
4. Für Personen, welche die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit gemäß diesen Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.

§ 2 Abschluss, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

I. Abschluss

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages sollte vor Antritt der Reise gestellt werden.
2. Nach Antritt der Auslandsreise ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages innerhalb der ersten 30 Tage nach Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Republik Österreich möglich. Befindet sich die versicherte Person bereits länger als 30 Tage im Ausland, ist ein Abschluss des Versicherungsvertrages nur möglich, wenn für die versicherte Person für diese Zeit Versicherungsschutz aus einem Krankenversicherungsvertrag bestand (Vorversicherung) und diese Versicherung seit nicht mehr als 30 Tagen, gerechnet ab dem beantragten Versicherungsbeginn, beendet ist. Die Höchstversicherungsdauer beträgt bis zu maximal 6 Monaten ohne die Möglichkeit einer Verlängerung durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag.
3. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von dem Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eingeht, auch soweit er in elektronischer Form zu stellen ist, und der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig erhält.

II. Dauer

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages muss für die gesamte Reisedauer gestellt werden. Die Mindestversicherungsdauer beträgt einen Tag. Die Höchstversicherungsdauer beträgt ein Jahr.
2. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann für den weiteren, ursprünglich nicht versicherten Auslandsaufenthalt ein rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
 - a. der Antrag auf Abschluss eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages muss auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und frühestens einen Monat vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, über die Homepage der Care Concept AG eingereicht werden;
 - b. der Antrag auf Abschluss des Erstvertrages muss vor Antritt der Auslandsreise gestellt worden sein;
 - c. der Versicherer muss dem Antrag auf Abschluss eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages ausdrücklich zustimmen. Wird für

einen nicht ausdrücklich angenommenen Anschlussvertrag eine Prämie bezahlt, so steht diese dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers bzw. der Care Concept AG – zu.

3. Die Mindestversicherungsdauer des Anschlussvertrages beträgt einen Tag. Die Höchstversicherungsdauer maximal 6 Monate.
4. Bei Vertragsverlängerungen im Produkt Care Global besteht der Versicherungsschutz für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle aus dem ursprünglichen Versicherungsvertrag im tariflich vereinbarten Rahmen des Anschlussvertrages fort.
5. Wird der Vertrag im Produkt Care Global im Ausland als Anschlussvertrag eines Vertrages abgeschlossen, der nicht bei dem Versicherer bestanden hat, besteht Versicherungsschutz nur für die Behandlungen von Krankheiten (einschließlich Krankheitssymptomen) und Unfallfolgen, die nachweislich nach Antragsstellung aufgetreten sind, unabhängig davon, ob diese behandelt wurden oder die versicherte Person hierzu einen ärztlichen Rat erhalten hat.
6. Im Rahmen der Beantragung eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages ist in Bezug auf den vorangehenden Vertrag ein Wechsel zwischen den Zielregionen gem. § 4 Ziff. 2 möglich.

III. Beendigung

Der Versicherungsvertrag endet:

1. zum vereinbarten Zeitpunkt;
2. mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im Ausland;
3. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen, weil sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt im Ausland entschieden hat oder weil die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückgekehrt ist. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat und in das sie zurückzukehren gewillt ist bzw. die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt;
4. zu dem Zeitpunkt, in welchem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 dieser Bedingungen entfällt.

§ 3 Prämie

I. Zahlung der Prämie

1. Die Prämie ist eine Einmalprämie; sie ist bei Vertragsbeginn fällig.
2. Wird die Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
3. Ist die Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

II. Prämienhöhe

Die Prämie für eine versicherte Person ergibt sich aus der Prämienübersicht.

Bei einer Kombination der Zielregion 1 und 2 im Sinne des § 4 Ziff. 2 dieser Bedingungen erfolgt die Berechnung der Prämien separat gemäß Prämientabelle.

Die Prämie für alle versicherten Zielregionen wird als Einmalprämie insgesamt bei Vertragsbeginn fällig.

III. Lastschriftverfahren

Wird die Prämie vom Versicherer per Lastschrift von einem Bank- oder Kreditkartenkonto abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, in Textform erfolgt.

§ 4 Geltungsbereich, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz gilt für den vereinbarten örtlichen Geltungsbereich für

Reisen im Ausland.

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.

2. Der örtliche Geltungsbereich kann für folgende Zielregionen vereinbart werden:
Zielregion 1: Weltweites Ausland ohne USA, Kanada, Mexiko
Zielregion 2: Aufenthalt in USA, Kanada, Mexiko
Die örtlichen Geltungsbereiche der Zielregion 1 und 2 können für einen einmaligen Aufenthalt in der Zielregion 2 miteinander kombiniert werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherungsnehmer vor Reiseantritt den Beginn und Ende des Aufenthaltes in der Zielregion 2 dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, anzeigt. Unterbleibt diese Angabe vor Reiseantritt bzw. wird von der ursprünglichen Angabe abgewichen und kommt es während dieses Zeitraumes zu einem Leistungsfall, so sind maximal 50 % der bedingungsgemäß zu regulierenden Kosten erstattungsfähig.
3. Als weltweites Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das Heimatland der versicherten Person. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat und in das sie zurückzukehren gewillt ist bzw. die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
4. Wurde für die versicherte Person Versicherungsschutz innerhalb der Zielregion 1 (Weltweites Ausland ohne USA, Kanada und Mexiko) vereinbart, besteht im Falle eines Aufenthaltes in Zielregion 2 ein subsidiärer Versicherungsschutz von maximal 48 Stunden ab erstmaliger Einreise in diesen Staat.
5. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht abweichend von § 4 Ziff. 3 Versicherungsschutz auch im Heimatland für die Dauer von drei Tagen je volle 30 Tage Vertragslaufzeit. Der Tag der Ein- und Ausreise wird jeweils als voller Tag gerechnet. Beginn und Ende eines jeden Heimatlandaufenthaltes während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, nachzuweisen. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt in das Heimatland, wird im Versicherungsfall nur für 50 % der tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten geleistet.
Bitte beachten Sie hierzu auch § 7 V. dieser Bedingungen.
6. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
 - nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
 - nicht vor der Einreise bzw. Grenzüberschreitung der versicherten Person ins Ausland,
 - nicht vor Zahlung der Prämie und
 - nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
7. Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
 - zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
 - spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes der versicherten Person im Ausland;
 - mit dem Zeitpunkt, in dem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 dieser Bedingungen entfällt;
 - mit Ablauf der Versicherungsdauer im Rahmen der Deckungserweiterung für kurzfristige Aufenthalte in den Staaten USA, Kanada und Mexiko gem. § 4 Ziff. 4, spätestens 48 Stunden nach Einreise in diese Staaten;
 - mit Ablauf der Versicherungsdauer im Rahmen der Deckungserweiterung für Heimatlandaufenthalte gem. § 4 Ziff. 5, spätestens 36 Tage nach Einreise in das Heimatland.

§ 5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Versicherungsfall

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 Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft der versicherten Person, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. Beantragung der Verlängerung des

Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag bestanden hat, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, Entbindungen sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

II. Wahlfreiheit zwischen Ärzten und Krankenhäusern

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 ortsüblichen Gebühren berechnen.

Während Ihres Aufenthaltes steht Ihnen die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern frei. Die Krankenhäuser müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Sie müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen dürfen diese Krankenhäuser nicht durchführen und auch keine Rekonvaleszenten aufnehmen.

Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Ziff. II. erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Ziff. II. Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist oder wenn der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Diese Einschränkung entfällt bei einer Notfallaufnahme. Die Zustimmung muss dann umgehend nachträglich eingeholt werden.

III. Versicherte Behandlungsmethoden
Im vertraglichen Umfang leistet der Versicherer für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin ganz oder überwiegend anerkannt sind. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in § 5 II. genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
Geleistet wird 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 (z. B. Heilbehandlungen sowie Verordnungen nach den besonderen Therapierichtungen Homöopathie, Anthroposophische Medizin und Pflanzenheilkunde), sofern diese Leistungen im gewählten Tarif enthalten sind. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

IV. Welche Leistungen umfasst Ihre Reise-Krankenversicherung?

Art, Umfang und Höhe der erstattungsfähigen Kosten ergeben sich aus den vereinbarten Tarifbeschreibungen in Abschnitt II. dieser Bedingungen.

Art, Umfang und Höhe der erstattungsfähigen Kosten ergeben sich aus den vereinbarten Tarifbeschreibungen in Abschnitt II. dieser Bedingungen.

IV. Welche Leistungen umfasst Ihre Reise-Krankenversicherung?

Art, Umfang und Höhe der erstattungsfähigen Kosten ergeben sich aus den vereinbarten Tarifbeschreibungen in Abschnitt II. dieser Bedingungen.

§ 6 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

I. Leistungseinschränkungen

Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß oder übersteigen die Kosten einer Heilbehandlung das ortsübliche Maß, so kann der Versicherer die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

II. Leistungsfreiheit

Sofern nach dem gewählten Tarif oder den vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes bestimmt ist, besteht keine Leistungspflicht für:

1. die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
2. 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 ersten Grades unternommen wurde;
3. solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Als vorhersehbar gelten Kriegereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland – vor Reisebeginn – für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht;
4. die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
5. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen;

6. Rehabilitationsmaßnahmen, es sei denn, dass diese Behandlungen im Anschluss an eine versicherte, vollstationäre Krankenhausbehandlung wegen eines schweren Schlaganfalles, schweren Herzinfarktes oder einer schweren Skelett-erkrankung (Bandscheiben-OP, Hüftendoprothese) erfolgen, zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus dienen und Leistungen vor Behandlungsbeginn von dem Versicherer schriftlich zugesagt wurden;
7. Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
8. ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eintretenden Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
9. Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder sowie durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
10. solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kernenergie, oder Eingriffe von hoher Hand verursacht sind;
11. eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
12. Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
13. Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen, sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen;
14. Immunisierungsmaßnahmen oder Vorsorgeuntersuchungen – sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen;
15. Behandlungen wegen Störungen bzw. Schäden der Fortpflanzungsorgane;
16. Selbstmord, Selbstmordversuch und dessen Folgen;
17. Organspenden und deren Folgen.

III. Arglistige Täuschung

Der Versicherer leistet nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ihn arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

§ 7 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen – was muss im Versicherungsfall beachtet werden?

Ohne die Mitwirkung der versicherten Personen kann der Versicherer seine Leistung nicht erbringen. Bitte beachten Sie und die versicherten Personen daher die nachfolgenden Punkte, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden.

I. Verpflichtung zur Kostenminderung

Halten Sie und die versicherten Personen den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte. Sind Sie oder die versicherten Personen unsicher, nehmen Sie gerne mit uns Kontakt auf.

Dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit muss zugestimmt werden, wenn wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigen.

II. Unverzügliche Kontaktaufnahme

Im Falle einer stationären Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen müssen der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich Kontakt mit dem weltweiten Notfall-Service aufnehmen.

III. Verpflichtung zur Auskunft

Die übersandte Schadenanzeige muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person wahrheitsgemäß, vollständig ausgefüllt und unterschrieben unverzüglich zurücksenden. Sofern der Versicherer es für notwendig erachtet, ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von ihr beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

Folgende Nachweise, die Eigentum des Versicherers werden, müssen eingereicht werden:

1. 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. Besteht

anderweitiger Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;

2. Rezepte zusammen mit der Arztrechnung und Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung;
3. ein ärztliches Attest des im Ausland behandelnden Arztes über die Notwendigkeit eines ärztlich angeordneten Rücktransportes. Hiervon unberührt bleibt die Notwendigkeit der Abstimmung mit dem Gesellschaftsarzt;
4. eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
5. weitere Nachweise und Belege, die der Versicherer zur Prüfung seiner Leistungsverpflichtung als notwendig erachtet und vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person im Schadenfall anfordert und deren Beschaffung dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person billigerweise zugemutet werden kann.

IV. Verpflichtung zur Sicherstellung von Ersatzansprüchen gegen Dritte

Steht dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit er den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht müssen der Versicherungsnehmer und die versicherte Person unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren und bei dessen Durchsetzung, soweit erforderlich, mitwirken. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegen eine Person, mit der sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht. Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. die der versicherten Person gegenüber Behandelnden aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit sie die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, sind der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.

V. Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

Verletzen der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

§ 8 Was ist bei der Entschädigungszahlung zu beachten?

I. Umrechnung von Kosten in ausländischer Währung

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“ Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

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

II. Fälligkeit der Zahlung

Sobald der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis vorliegt und der Versicherer seine Zahlungspflicht und die Höhe der Entschädigung festgestellt hat, zahlt er diese spätestens innerhalb von zwei Wochen aus.

Hat der Versicherer seine Zahlungspflicht festgestellt, lässt sich jedoch die Höhe der Entschädigung nicht innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadenanzeige bei dem Versicherer feststellen, kann der Versicherungsnehmer einen angemessenen Vorschuss auf die Entschädigung verlangen.

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

III. Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen

Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst diesem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Der Versicherer verzichtet auf eine Kostenteilung mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, (z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung).

IV. Kostenbeteiligung Dritter

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge bzw. auf Beihilfe, kann der Versicherer unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 9 Welches Recht findet Anwendung und wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag

In Ergänzung dieser Bestimmungen gelten das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie deutsches Recht, soweit zulässig. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person in Textform zugeht.

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

§ 10 Aufrechnung

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

§ 11 Was ist bei Mitteilungen an die Advigon Versicherung AG zu beachten?

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind an die

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

oder an die im Versicherungsschein genannte Adresse in Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.) zu richten.
Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 12 Beschwerdemöglichkeiten

1. Unser Beschwerdemanagement

Sie können sich jederzeit an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Advigon Versicherung AG
Beschwerdemanagement
Postfach 1130
Drescheweg 1
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: bm@advigon.com
Internet: www.advigon.com

Care Concept AG
Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn
E-Mail: info@care-concept.de
Internet: www.care-concept.de

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen:

2. Schlichtungsstelle:

Sie können sich zu die Schlichtungsstelle für Versicherungen wenden. Diese erreichen Sie derzeit wie folgt:

Schlichtungsstelle im Finanzdienstleistungsbereich
Postfach 343
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@schlichtungsstelle.li
Internet: www.schlichtungsstelle.li

Die Schlichtungsstelle ist unabhängig. Die Teilnahme am Schlichtungsverfahren erfolgt sowohl für Sie als Konsument als auch als Versicherer freiwillig. Bei Verfahren vor der Schlichtungsstelle gemäß Alternative Streitbeilegung-Gesetz haben Konsumenten einen Kostenbeitrag von CHF 50,00 zu leisten. Im Übrigen ist das Verfahren kostenlos.

3. Wenn Sie Konsument sind und den Vertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an die zuständige Schlichtungsstelle weitergeleitet.

4. Versicherungsaufsichtsrecht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten auf, können Sie sich auch an die zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Finanzmarktaufsicht Liechtenstein (FMA). Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein
Landstraße 109
Postfach 279
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@fma-li.li

Bitte beachten Sie, dass die FMA keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

5. Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Abschnitt II.

Tarifbestimmungen Care Global Basic 2022_06(TB/CGBa)

1. Gegenstand des Versicherungsschutzes

Im erstattungspflichtigen Versicherungsfall (**Einschränkungen siehe Abschnitt I, § 6**) werden die Kosten aus den nachfolgend beschriebenen Leistungen abzüglich eines Selbstbehaltes von 50,- EUR ersetzt. Erstattet werden die auf der Grundlage der landestypischen Bemessungsgrundlagen, in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes berechneten und angemessenen Kosten. Existiert eine landestypische Bemessungsgrundlage nicht, erfolgt eine Erstattung auf der Grundlage angemessener und im Aufenthaltsland allgemein ortsüblicher Gebühren.

2. Leistungen

I. Heilbehandlungskosten im Ausland

Bei Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalls während einer Reise erstattet der Versicherer die im Ausland entstandenen Kosten einer Heilbehandlung. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinisch notwendige

1. ärztliche ambulante Behandlungen einschließlich medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft der versicherten Person, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag bestanden hat; Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch;
2. Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten;
3. schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsiven plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung). Die Leistungen sind auf insgesamt 500,- EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.
4. Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz zu 80 % der erstattungsfähigen Kosten, höchstens 2.000,- EUR während der Vertragslaufzeit, sofern diese durch einen Zahnarzt durchgeführt oder verordnet werden. Wird die Reparatur von vorhandenem Zahnersatz infolge eines Unfalles erforderlich, erstattet der Versicherer die Kosten der Reparatur zu 100 %, höchstens jedoch bis 2.500,- EUR während der Vertragslaufzeit.
 - Der Versicherer erstattet auch die Kosten eines provisorischen Zahnersatzes in einfacher Ausführung, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist.
 - Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und kieferorthopädische Behandlungen.
5. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandsmittel (als Medikamente, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen);
6. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
7. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Physiotherapie/Krankengymnastik;
8. ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
9. Röntgendiagnostik;
10. unaufschiebbare Operationen;
11. unaufschiebbare stationäre Behandlungen.

II. Informationsleistung

1. Information über Ärzte vor Ort

Bei Krankheit oder Unfall informiert der Versicherer auf Anfrage über seinen Notruf-Service über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung der versicherten Person. Soweit möglich, benennt dieser einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt.

2. Informationsübermittlung zwischen Ärzten

Wird die versicherte Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalles in einem Krankenhaus stationär behandelt, stellt der Versicherer auf Wunsch über seinen Notruf-Service den Kontakt zwischen einem von ihm beauftragten Arzt und dem Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her und sorgt während des Krankenhausaufenthaltes für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Auf Wunsch sorgt dieser für die Information der Angehörigen.

III. Transport-/Überführungs-/Bestattungskosten

1. Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder nach Prognose des behandelnden Arztes die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.
2. Der Versicherer übernimmt auch die Kosten für eine Begleitperson sowie eine gegebenenfalls erforderliche Arztbegleitung, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.
3. Der Versicherer erstattet die Kosten für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zurück in die Unterkunft.
4. Der Versicherer erstattet bis zu einer Höhe von 55.000,- EUR die notwendigen Mehrkosten, die im Falle des Ablebens einer versicherten Person durch die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehen.
5. Erstattet werden die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, jedoch nicht mehr als 55.000,- EUR.

IV. Nachleistung im Ausland

Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsvertrages hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht (einschließlich eines dann eventuell notwendig werdenden Rücktransportes) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, längstens jedoch für einen Monat über das Vertragsende hinaus.

V. Telefonkosten bei Kontaktaufnahme mit der Notrufzentrale

Im Versicherungsfall erstattet der Versicherer bis zu einer Höhe von 25,- EUR die Telefonkosten, die dem Versicherten durch die Kontaktaufnahme mit der Notrufzentrale entstehen.

VI. Aufwandsentschädigung

Werden alle im Ausland angefallenen Heilbehandlungskosten, die unter die Leistungspflicht dieser Bestimmungen fallen, vor der Inanspruchnahme des Versicherers einem anderen Leistungsträger/ Versicherer eingereicht, der sich an der Kostenerstattung beteiligt, zahlt der Versicherer – über die Kostenerstattung hinaus – bei einer stationären Krankenhausbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 50,- EUR/Tag für eine Dauer bis zu 14 Tagen. Bei ambulanten Behandlungen (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen) leistet der Versicherer in diesen Fällen zusätzlich einmalig einen Betrag von 25,- EUR pro behandelter Person.

VII. Heilbehandlungskosten im Heimatland

Soweit im Rahmen der Deckungserweiterung für Heimatlandaufenthalte auch in der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Republik Österreich Versicherungsschutz besteht, erstattet der Versicherer die Kosten zu den Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als Schwellenwerte gelten für Leistungen

- nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz;
- 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 GOÄ der 1,8-fache Gebührensatz;
- für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.

Für unaufschiebbare stationäre Behandlung werden die Kosten in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung) erstattet.

Abschnitt II. Tarifbestimmungen Care Global Comfort 2022_06 (TB/CGCo)

1. Gegenstand des Versicherungsschutzes
Im erstattungspflichtigen Versicherungsfall (**Einschränkungen siehe Abschnitt I, § 6**) werden die Kosten aus den nachfolgend beschriebenen Leistungen bis zur Höhe der dort ggf. genannten Beträge ersetzt. Erstattet werden die auf der Grundlage der landestypischen Bemessungsgrundlagen, in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes berechneten und angemessenen Gebühren. Existiert eine landestypische Bemessungsgrundlage nicht, erfolgt eine Erstattung auf der Grundlage angemessener und im Aufenthaltsland allgemein ortsüblicher Kosten.
2. Leistungen

I. Heilbehandlungskosten im Ausland

Bei Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalls während einer Reise erstattet der Versicherer die im Ausland entstandenen Kosten einer Heilbehandlung. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinisch notwendige

1. ärztliche ambulante Behandlungen einschließlich medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft der versicherten Person, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag bestanden hat. Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburten sowie medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch;
2. Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten;
3. schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung);
4. Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz zu 80 % der erstattungsfähigen Kosten, höchstens 2.000,- EUR während der Vertragslaufzeit, sofern diese durch einen Zahnarzt durchgeführt oder verordnet werden. Wird die Reparatur von vorhandenem Zahnersatz infolge eines Unfalles erforderlich, erstattet der Versicherer die Kosten der Reparatur zu 100 %, höchstens jedoch bis 2.500,- EUR während der Vertragslaufzeit.
Der Versicherer erstattet auch die Kosten eines medizinisch notwendigen provisorischen Zahnersatzes in einfacher Ausführung.
Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und kieferorthopädische Behandlungen.
5. Ärztlich verordnete Medikamente und Verbandsmittel (als Medikamente, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen);
6. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
7. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Physiotherapie/Krankengymnastik;
8. ärztlich verordnete Hilfsmittel;
9. Röntgendiagnostik;
10. unaufschiebbare Operationen;
11. unaufschiebbare stationäre Behandlungen;
12. Heilbehandlungen sowie Verordnungen nach den besonderen Therapierichtungen Homöopathie, Anthroposophische Medizin und Pflanzenheilkunde, die sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

II. Informationsleistung

1. Information über Ärzte vor Ort
Bei Krankheit oder Unfall informiert der Versicherer auf Anfrage über seinen Notruf-Service über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung der versicherten Person. Soweit möglich, benennt er einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt.
2. Informationsübermittlung zwischen Ärzten
Wird die versicherte Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalles in einem Krankenhaus stationär behandelt, stellt der Versicherer auf Wunsch über seinen Notruf-Service den Kontakt zwischen einem von ihm beauftragten Arzt und dem Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her und sorgt während des Krankenhausaufenthaltes für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Auf Wunsch sorgt der Versicherer für die Information der Angehörigen.

III. Versicherungsleistungen für Frühgeburten

Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, ersetzt der Versicherer bei einer Frühgeburt bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche für die Dauer von 3 Monaten bis zu einer Höhe von 50.000,-EUR auch die Kosten der im Ausland notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes.
Nach Ablauf von 3 Monaten besteht grundsätzlich ein gesetzliches Kindermachversicherungsrecht nach den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sofern nicht ein durch die Sozialversicherung begründeter Leistungsanspruch besteht.

IV. Betreuungsleistungen

1. Begleitperson im Krankenhaus für Kinder
Muss ein versichertes Kind stationär behandelt werden, erstattet der Versicherer bis zum vollendeten 12. Lebensjahr des Kindes die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.
2. Reisebetreuung für Kinder
Der Versicherer organisiert und bezahlt die Betreuung eines bis zu 18 Jahre alten Kindes, welches die Reise allein fortsetzen oder abbrechen muss, sofern alle Betreuungspersonen oder die einzige an der Reise teilnehmende Betreuungsperson des mitreisenden Kindes die Reise aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht planmäßig fortführen oder beenden können.
3. Arzneimittelversand
Benötigt die versicherte Person ärztlich verordnete Arzneimittel, die ihr auf der Reise abhandengekommen sind, übernimmt der Versicherer in Abstimmung mit dem Hausarzt der versicherten Person die Beschaffung der Ersatzpräparate und ihre Übersendung an die versicherte Person. Die Kosten der Ersatzpräparate hat die versicherte Person binnen eines Monats nach Beendigung der Reise an den Versicherer zurückzuerstatten.
4. Krankenbesuch
Wenn feststeht, dass der Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 5 Tage dauert, organisiert der Versicherer auf Wunsch 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 bis zu einer Höhe von insgesamt 2.500,- EUR. Voraussetzung ist jedoch, dass der Krankenhausaufenthalt bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen ist.
5. Hotelkosten
Wird der gebuchte Aufenthalt aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes des Versicherten unterbrochen oder verlängert, erstattet der Versicherer der versicherten Person und den versicherten Mitreisenden für eine Dauer von bis zu 10 Tagen die zusätzlichen Nächtigungskosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500,- EUR.

V. Transport-/Überführungs-/Bestattungskosten

1. Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder nach Prognose des behandelnden Arztes die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.
2. Der Versicherer übernimmt auch die Kosten für eine Begleitperson sowie eine gegebenenfalls erforderliche Arztbegleitung, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.
3. Der Versicherer erstattet die Kosten für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zurück in die Unterkunft.
4. Der Versicherer erstattet bis zu einer Höhe von 80.000,- EUR die notwendigen Mehrkosten, die im Falle des Ablebens einer versicherten Person durch die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehen.
5. Erstattet werden die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens jedoch 80.000,- EUR.
6. Der Versicherer organisiert und bezahlt die zusätzliche Rückholung des Reisegepäcks, sofern alle mitversicherten erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden oder verstorben sind.

VI. Nachleistung im Ausland

Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsvertrages hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht (einschließlich eines dann eventuell

notwendig werdenden Rücktransportes) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

VII. Telefonkosten bei Kontaktaufnahme mit der Notrufzentrale

Im Versicherungsfall erstattet der Versicherer bis zu einer Höhe von 25,- EUR die Telefonkosten, die dem Versicherten durch die Kontaktaufnahme mit der Notrufzentrale entstehen.

VIII. Aufwandsentschädigung

Werden alle im Ausland angefallenen Heilbehandlungskosten, die unter die Leistungspflicht dieser Bestimmungen fallen, vor der Inanspruchnahme des Versicherers einem anderen Leistungsträger/Versicherer eingereicht, der sich an der Kostenerstattung beteiligt, zahlt der Versicherer – über die Kostenerstattung hinaus – bei einer stationären Krankenhausbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 50,- EUR/Tag für eine Dauer bis zu 14 Tagen. Bei ambulanten Behandlungen (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen) leistet in diesen Fällen zusätzlich einmalig einen Betrag von 25,- EUR pro behandelter Person.

IX. Ersatzweise Krankenhaustagegeld

Bei Auslandsreisen erhalten versicherte Personen im Falle einer medizinisch notwendigen und stationären Heilbehandlung wegen einer während der Auslandsreise eingetretenen Krankheit oder Verletzung wahlweise anstelle von Kostenersatzleistungen für die stationäre Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in Höhe der in der Tarifbeschreibung genannten Summe von 50,- EUR/Tag ab Beginn der stationären Krankenhausbehandlung. Das Wahlrecht ist unverzüglich bei Beginn der stationären Behandlung auszuüben.

X. Behandlungskosten im Heimatland

Soweit im Rahmen der Deckungserweiterung für Heimatlandaufenthalte auch in der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Republik Österreich Versicherungsschutz besteht, erstattet der Versicherer die Kosten zu den Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als Schwellenwerte gelten für Leistungen

- nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz;
- 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 GOÄ der 1,8-fache Gebührensatz;
- für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.

Für unaufschiebbare stationäre Behandlung werden die Kosten in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung) erstattet.