

Angebotskonzept
für ausländische Gäste des
Deutschen Poloverband

Inhaltsverzeichnis

Seite 2	Produktvorteile
Seite 3	Versicherungsschutz für ausländische Gäste
Seite 4	Zusatzschutz für ausländische Gäste
Seite 5	Rahmenbedingungen

Stand: 18.07.2007



Aon Jauch & Hübener GmbH
Versicherungsmakler

Produktvorteile für den deutschen Poloverband

- **Auslandsreise-Krankenversicherung für den ausländischen Gast**
Entspricht den Anforderungen der EU-Einreisebestimmungen
Organisation und vollständige Kostenübernahme eines medizinisch notwendigen
Krankenrücktransports

Kein Selbstbehalt je Versicherungsfall (sonst üblich 100,- EUR)

Zusatzschutz:

- **Reise-Unfallversicherung**
ab 90 % Invalidität Verdoppelung der Entschädigungsleistung
- **Reise-Haftpflichtversicherung**
Kein Selbstbehalt



Aon Jauch & Hübener GmbH
Versicherungsmakler

**Versicherungsschutz für ausländische Gäste in der Bundesrepublik
Deutschland sowie in allen EU - Ländern Tarif AG 06 KV**

versicherbarer
Personenkreis: - Personen mit **ausländischer** Staatsangehörigkeit, die sich nur
vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland oder einem
der EU-Länder aufhalten
- Personen mit **deutscher** Staatsangehörigkeit, wenn sie seit
mehr als 2 Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland
haben.

Höchstaufnahmearter: **64 Jahre**

Versicherungsdauer: von **1 Tag** bis **12 Monate**

Vertragsabschluß: binnen 31 Tage nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw.
in eines der EU-Länder, Lichtenstein oder Schweiz.
Mindestteilnehmerzahl 3 Personen
Der Abschluss erfolgt über ein Ticket, einen Rahmenvertrag mit einer
Firma bzw. Vereine, Verbände und Organisationen, die den Besuch
organisieren bzw. mitorganisierend unterstützen.

Reise-Krankenversicherung

Leistungsumfang: Erstattung der nachgewiesenen Kosten bei Krankheit oder Unfall in
der Bundesrepublik Deutschland bzw. in einem EU-Land für

- ambulante Heilbehandlung beim Arzt
- ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel
- stationäre Behandlung im Krankenhaus in der allgemeinen
Pflegeklasse - Mehrbettzimmer - ohne Wahlleistungen (keine
privatärztliche Behandlung)
- Transport zum nächsterreichbaren Krankenhaus und zurück
- schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in
einfacher Ausführung und Reparatur von vorhandenem Zahnersatz
mit 100 % des Rechnungsbetrages
max. 300,- EUR bei Aufenthalten bis 180 Tagen
max. 600,- EUR bei Aufenthalten bis 12 Monate
- die Überführung bei Tod einer versicherten Person bzw.
Bestattungskosten bis zu 10.000,- EUR

Keine Selbstbeteiligung

Beitrag: **1,40 EUR** je Tag und Person für Aufenthalte bis 90 Tage
1,70 EUR je Tag und Person für Aufenthalte ab dem 91. Tag



Aon Jauch & Hübener GmbH
Versicherungsmakler

**Zusatzschutz für ausländische Gäste in der Bundesrepublik Deutschland
sowie in allen EU – Ländern Tarif AG 06 RS**

Reise-Unfallversicherung

Versicherungssummen:

- 5.000,- EUR im Todesfall
- bis zu 25.000,- EUR im Invaliditätsfall
(ab 90 % Invalidität Verdoppelung der Entschädigungsleistung)

Reise-Haftpflichtversicherung

Deckungssummen:

- 1.500.000,- EUR pauschal für Personen- und Sachschäden

Beitrag: 0,15 EUR je Tag und Person für Aufenthalte bis 12 Monate



Aon Jauch & Hübener GmbH
Versicherungsmakler

Rahmenbedingungen

Für die Versicherung ausländischer Gästegruppen

gelten die Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen von ausländischen Gästengruppen bei der HanseMercur Reiseversicherung AG (Kurzbezeichnung: VB-AG 06 KV und VB-AG 06 RS).

§1 Abs. 2 b) der VB-AG 06 KV findet keine Anwendung. (s. Anlage)

Alle Versicherungsangebote können online, direkt über die Homepage des Partners gebucht werden. Hierzu wird die HanseMercur sofort nach Vertragsschluss die Internetfreischaltung vornehmen und dem Vertragspartner auf Wunsch auch die Links für die einzelnen Tarife zur Verfügung stellen


Oliver Thiem


Thomas Behrendt

Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen von ausländischen Gästen bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG (KURZBEZEICHNUNG: VB-AG 2006 KV/VB-AG 2006 RS)

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von ausländischen Gästen bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG (Kurzbezeichnung: VB-AG 2006 KV)

§ 1 - Versicherbare Personen

1. Versicherungsfähig sind in der Gruppenversicherung Personen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr und in der Einzelversicherung bis zum vollendeten 74. Lebensjahr, sofern sie:
 - a) eine ausländische 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 drei zusammen reisenden Personen, beantragt und für maximal 1 Jahr abgeschlossen werden. Eine Vertragsverlängerung ist im Rahmen einer Einzelversicherung bis zu einer Gesamtversicherungsdauer von 3 Jahren 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.

§ 2 - Gegenstand 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.

§ 3 - Umfang des Versicherungsschutzes

1. Die HanseMerkur leistet Entschädigung für akut auf der Reise eintretende Versicherungsfälle.
2. Bei Versicherungsverträgen von mindestens 1-jähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person, begrenzt auf maximal 6 Wochen, für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn. Beginn und Ende einer jeden Unterbrechung sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
3. 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.

§ 4 - Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist innerhalb von 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, die Länder der Europäischen Union sowie die Schweiz oder Liechtenstein zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Ablauf der Frist von einem Monat 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 HanseMerkur eingeht, bereits mit dem Tage der Einzahlung bzw. Überweisung der Prämie (Datum der Post bzw. des Kreditinstitutes auf dem Quittungsabschnitt ist 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 Versicherungsschein gilt der Quittungsbeleg des Einzahlungsvordrucks. 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:
 - a) in der Gruppenversicherung 1 Jahr. Eine Verlängerung im Rahmen einer Einzelversicherung ist möglich.
 - b) in der Einzelversicherung 3 Jahre. Eine Verlängerung ist nur mit Zustimmung des Versicherers 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 HanseMerkur 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.

Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle und nur für die Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind. Versicherungsfälle einschl. Beschwerden, die nach Beantragung der Verlängerung und vor der Zustimmung des Versicherers eintreten, sind der HanseMerkur unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

§ 5 - Beginn des Versicherungsschutzes

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

§ 6 - 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 Behandelnden 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 Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
 - a) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nahrungsmittel, 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, das in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn und bei Vertragsverlängerungen vom Verlängerungsbeginn an.
2. Die Wartezeit für Entbindungen beträgt 8 Monate.

III. Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet - abzüglich 25,- EUR Selbstbeteiligung je Versicherungsfall in der Einzelversicherung - die entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. In der Gruppenversicherung entfällt die Selbstbeteiligung. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages 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 Versicherungsvertrages 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 nächstreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächstreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - j) unaufschiebbare Operationen;
 - k) Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit.
2. Zahnbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet abzüglich 25,- EUR Selbstbeteiligung - in der Gruppenversicherung entfällt die Selbstbeteiligung - 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 300,- EUR bei Vertragsdauern von bis zu 6 Monaten einschl. aller Vertragsverlängerungen und bei Vertragsdauern von über 6 Monaten, einschl. aller Vertragsverlängerungen, bis zu maximal 600,- EUR pro Versicherungsjahr/versicherte Person. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten.

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

V. 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) bei Vertragsdauern von bis zu 6 Monaten, einschl. aller Vertragsverlängerungen, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von einem Monat, weiter;
- b) bei Vertragsdauern von über 6 Monaten, einschl. aller Vertragsverlängerungen, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von 3 Monaten, weiter.

VI. Kostenerstattung

- Erstattet werden die in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten.
- Als Kostennachweise sind bezahlte Originalbelege einzureichen, die Angaben enthalten müssen über:
 - den Namen und die Anschrift des Behandlers,
 - den Namen der behandelten Person,
 - die Krankheitsbezeichnung,
 - den Behandlungszeitraum,
 - die Art der erbrachten Leistungen.
- Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
- Bei einer Überführung ist ein ärztliches Attest mit Angaben über die Todesursache mit einzureichen.

§ 7 - Einschränkung des Versicherungsschutzes

- Keine Leistungspflicht besteht:
 - 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 6 Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden sind;
 - 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;
 - für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschl. deren Folgen;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
 - für Entziehungmaßnahmen einschl. Entziehungskuren;
 - 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;
 - für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - für Behandlungen von Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - für Immunisierungsmaßnahmen;
 - für Hilfsmittel;
 - für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschl. Sterilität, künstliche Befruchtungen und dazugehörige Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
 - für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - für Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
 - für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
 - für Organspenden und Folgen.

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.

§ 8 - Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

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

§ 9 - Prämie

- Die Prämie ist eine Einmalprämie, ergibt sich aus der jeweils gültigen Prämienübersicht und ist bei Abschluss des Vertrages zu zahlen.

- Unverbrauchte Teile der Pauschalprämie, wegen vorzeitiger Beendigung der Reise, werden von der HanseMerkur nicht zurückgezahlt.

§ 10 - Zahlung der Entschädigung

- Die HanseMerkur ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, sie hatte begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders.
- Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der HanseMerkur 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 die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass die HanseMerkur Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

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

- Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerrhöhung führen könnte;
 - den Schaden der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
 - der HanseMerkur 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.
- Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der HanseMerkur beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- 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 grober Fahrlässigkeit verbleibt 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.

§ 12 - Verwirklichungsgründe, Klagfrist, Verjährung

- Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
 - der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - 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.
- 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.
- 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.

§ 13 - 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.

§ 14 - 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 § 13 dieser Versicherungsbedingungen.

§ 15 - Aufrechnung

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

§ 16 - Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 - Gerichtsstand/Anwendendes Recht

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch. Alle getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß für die mitversicherten Personen. Die Ausübung der Rechte und Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind ausschließlich dem Versicherungsnehmer vorbehalten.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Widerspruchsrecht

- Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen nicht übergeben oder eine Verbraucherinformation nach § 10 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen als abgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von vierzehn Tagen nach Überlassung der Unterlagen schriftlich widerspricht. Satz 1 ist nicht auf Versicherungsverträge bei Pensionskassen anzuwenden, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen. § 5 bleibt unberührt.
- Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Unterlagen nach Abs. 1 vollständig vorliegen und der Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins schriftlich, in drucktechnisch deutlicher Form über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden ist. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Abweichend von Satz 1 erlischt das Recht zum Widerspruch jedoch ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie.
- Gewährt der Versicherer auf besonderen Antrag des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz, so kann der Verzicht auf Überlassung der Versicherungsbedingungen und der Verbraucherinformation bei Vertragsabschluss vereinbart werden. Die Unterlagen sind dem Versicherungsnehmer auf Anforderung, spätestens mit dem Versicherungsschein zu überlassen. Soweit der Versicherungsvertrag sofortigen Versicherungsschutz gewährt, hat der Versicherungsnehmer kein Widerspruchsrecht nach Abs. 1.

Obliegenheitsverletzung

- Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrenerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.
- Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grober Fahrlässigkeit verbleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

Verjährung, Klagfrist

- Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 2 Jahren, bei der Lebensversicherung in 5 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.
- Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat (Abs. 2 und 3 in der Fassung der VO v. 19.12.39).

Verspätete Zahlung der ersten Prämie

- Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von 3 Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.
- Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Fristbestimmung für Folgeprämie

- Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen

anzugeben, die nach Abs. 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
3. Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
4. Soweit die in Abs. 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

Gesetzlicher Forderungsübergang

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
2. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen von ausländischen Gästen bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG (Kurzbezeichnung: VB-AG 2006 RS)

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 65. Lebensjahr und in der Einzelversicherung bis zum vollendeten 74. Lebensjahr, sofern sie:
 - a) eine ausländische 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 drei zusammen reisenden Personen beantragt und für maximal 1 Jahr abgeschlossen werden. Eine Vertragsverlängerung ist im Rahmen einer Einzelversicherung bis zu einer Gesamtversicherungsdauer von 3 Jahren 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 überwegend fremder Hilfe bedarf.

§ 3 - Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor der Einreise in die

Bundesrepublik Deutschland, die Länder der Europäischen Union sowie die Schweiz oder Liechtenstein und nicht vor Zahlung der Prämie. Für Versicherungsfälle und deren Folgen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.

2. Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gemäß § 2, Ziffer 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nicht-versicherungsfähige 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 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, die Länder der Europäischen Union sowie die Schweiz oder Liechtenstein zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Ablauf der Frist von einem Monat 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 HanseMerkur eingeht, bereits mit dem Tage der Einzahlung bzw. Überweisung der Prämie (Datum der Post bzw. des Kreditinstitutes auf dem Quittungsabschnitt ist 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 Versicherungsschein gilt der Quittungsbeleg des Einzahlungsvordrucks. 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:
 - a) in der Gruppenversicherung 1 Jahr. Eine Verlängerung im Rahmen einer Einzelversicherung ist möglich.
 - b) in der Einzelversicherung 3 Jahre. Eine Verlängerung ist nur mit Zustimmung des Versicherers 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 HanseMerkur vorgelegt 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.

Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind. Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung und vor der Zustimmung des Versicherers eintreten, sind der HanseMerkur unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

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 Reise-Krankenversicherung, 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, kriegsähnliche 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

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 Liechtenstein 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 HanseMerkur ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, sie 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 HanseMerkur 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 HanseMerkur 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 Kostensteigerung 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, 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 grob fahrlässiger 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 - Verwirklichungsgründe, 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 und 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/Anwendendes Recht

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch. Alle getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß für die mitversicherten Personen. Die Ausübung der Rechte und Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind ausschließlich dem Versicherungsnehmer vorbehalten.

B. Besonderer Teil zu den einzelnen Versicherungen

I. Reise-Unfallversicherung

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

- Die HanseMerkur erbringt Leistungen bei Unfällen auf der Reise, die zum Tod oder einer dauerhaften Invalidität der versicherten Person führen.
- Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 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 Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Invaliditätsleistung

- 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 3 Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

- 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% werden jedoch nicht angenommen.

- 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.

- Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

- 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.

- Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90%

- 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%, 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 Reiseversicherung AG weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungsverträge zusammen.

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

- 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 zurückzuführen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

- d) Im Todesfall Überführung an den Ort des letzten ständigen Wohnsitzes.

- 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.

- 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.

- Bestehen für die versicherte Person bei der HanseMerkur mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

§ 3 - Fälligkeit der Leistungen

- 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 beibringen hat, ist die HanseMerkur verpflichtet, innerhalb eines Monats (beim Invaliditätsanspruch innerhalb von 3 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 maximal 1% der versicherten Summe.

- 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 2 Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nicht beansprucht werden.

- Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt die HanseMerkur auf Verlangen der versicherten Person angemessene Vorschüsse.

- Die versicherte Person und die HanseMerkur sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneuert 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 ausübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie die HanseMerkur bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5% jährlich zu verzinsen.

§ 4 - Einschränkung des Versicherungsschutzes

I. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geistesranke. 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:

- 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;

- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;

- Unfälle der versicherten Person, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeuges eintreten. Versicherungsschutz besteht jedoch als Fluggast einer Fluggesellschaft;

- Unfälle der versicherten Person beim Fallschirmspringen;

- 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;

- 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;

- Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Heilmaßnahmen oder Eingriffe, Infektionen und Vergiftungen, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt;

- Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind;

- 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;

- 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% beträgt.

§ 5 - Besondere Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles (Ergänzung zu den im § 9 des Allgemeinen Teils aufgeführten Allgemeinen Obliegenheiten)

- 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.

- Die von der HanseMerkur übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an die HanseMerkur zurückzusenden.

- 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.

- 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.

- 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.

- Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus dem § 9 des Allgemeinen Teils der VB-AG 2006 RS.

II. Reise-Haftpflichtversicherung

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

- 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.

- 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 Benutzer der zur Unterkunft auf Reisen vorübergehend zu privaten Zwecken gemieteten Räume in Gebäuden (z. B. Hotel- und Pensionszimmer, Ferienwohnungen, Bungalows) 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 übermäßige 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 Deckungssumme beträgt je Schadenereignis 25.000,- EUR. Die Gesamtleistung der HanseMerkur für alle Schadenereignisse innerhalb des versicherten Zeitraumes ist auf das Doppelte der vorgenannten Deckungssumme begrenzt. Die versicherte Person hat bei jedem Schadenereignis von der Schadenersatzleistung 20%, mindestens 50,- EUR, selbst zu tragen.

- als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb).

- aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in § 3, Ziffer 3 genannten Sportarten).

- als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sind nicht versichert).

- 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.

- 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.

- h) auf 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.

§ 2 - Leistungen

- Die Leistungspflicht der HanseMerkur umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie den Ersatz der Entscheidung, welche die versicherte Person aufgrund eines von der HanseMerkur abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von der HanseMerkur geschlossenen oder genehmigten Vergleichs oder einer richterlichen Entscheidung zu zahlen hat.
- Für den Umfang der Leistung der HanseMerkur bilden die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen die Höchstgrenze bei jedem Schadenereignis. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache gelten als ein Schadenereignis.
- 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.
- Die Aufwendungen der HanseMerkur für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber § 2, Ziffer 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.
- 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 Restbetrags zum Kapitalwert der Rente erstattet. Der Kapitalwert der Rente wird zu diesem Zweck aufgrund der Sterbetafel der Deutschen Aktuarierversicherung von 1995 für Renten (DAV 1995 R) und eines Zinsfußes von jährlich 4% ermittelt.
- 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:

- Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen.
- Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fursorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.
- 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.
- 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.
- Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässern) und allen sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
- Haftpflichtansprüche
 - 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).
 - zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages.
- Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen.
- die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges (ausgenommen die in § 1, Ziffer 2 g) und h) genannten Wasserfahrzeuge) wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.
- die Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd.
- die Haftpflicht aus der Ausübung eines Berufes, Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art.
- 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 § 9 des Allgemeinen Teils aufgeführten Allgemeinen Obliegenheiten)

- Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Die HanseMerkur gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihr zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.
- Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus dem § 9 des Allgemeinen Teils der VB-AG 2006 RS.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Widerspruchsrecht

- Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen nicht übergeben oder eine Verbraucherinformation nach § 10 a des Verbraucherschutzgesetzes unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen als abgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von vierzehn Tagen nach Überlassung der Unterlagen schriftlich widerspricht. Satz 1 ist nicht auf Versicherungsverträge bei Pensionskassen anzuwenden, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen. § 5 bleibt unberührt.
- Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Unterlagen nach Abs. 1 vollständig vorliegen und der Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins schriftlich, in drucktechnisch deutlicher Form über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden ist. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Abweichend von Satz 1 erlischt das Recht zum Widerspruch jedoch ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie.
- Gewährt der Versicherer auf besonderen Antrag des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz, so kann der Verzicht auf Überlassung der Versicherungsbedingungen und der Verbraucherinformation bei Vertragsschluss vereinbart werden. Die Unterlagen sind dem Versicherungsnehmer auf Anforderung, spätestens mit dem Versicherungsschein zu überlassen. Soweit der Versicherungsvertrag sofortigen Versicherungsschutz gewährt, hat der Versicherungsnehmer kein Widerspruchsrecht nach Abs. 1.

Obliegenheitsverletzung

- Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

- Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

Verjährung, Klagefrist

- Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 2 Jahren, bei der Lebensversicherung in 5 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.
- Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat (Abs. 2 und 3 in der Fassung der VO v. 19.12.39).

Verspätete Zahlung der ersten Prämie

- Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Verträge zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von 3 Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.
- Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht bezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

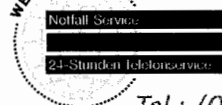
Fristbestimmung für Folgeprämie

- Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
- Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- Soweit die in Abs. 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

Gesetzlicher Forderungsübergang

- Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
- Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

WELTWEIT NOTRUF-SERVICE AUF REISEN



Tel.: (0180) 5 256 256 (0,14 EUR pro Minute)
aus dem Ausland: Vorwahl für Deutschland +(180) 5 256 256