

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung

VB-KV 2015 (RKL oSB)

A: Allgemeiner Teil

gültig für die in Teil B aufgeführten Tarife Basic und Profi

§ 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 Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zum vollendeten 75. Lebensjahr (75. Geburtstag).

§ 2 – Abschluss, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Vertrag muss vor Antritt der Reise für deren gesamte Dauer abgeschlossen werden.
2. Die Höchstversicherungsdauer beträgt fünf Jahre.
3. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer eingeht. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält. Wird die Versicherung auf dem hierfür vom Versicherer vorgesehenen Bankeinzahlungsvordruck beantragt, kommt der Vertrag durch Zahlung der Prämie zustande, sofern die Zahlung eindeutige und vollständige Angaben über Versicherungsbeginn, über das vom Versicherungsnehmer ausgewählte Produkt, sowie die zu versichernden Personen enthält. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller bzw. der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person gemäß § 1 Ziffer 2 die Versicherung beantragt und die Prämie abgebucht, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
4. 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.
5. Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle und nur für die Beschwerden, die nach Zustimmung des Versicherers zur Vertragsverlängerung neu eingetreten sind.
6. Ein Tarifwechsel vom Tarif RKL 08 Basic nach Tarif RKL 08 Profi ist nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers möglich.
7. Der Versicherungsvertrag endet
 - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - b) mit dem Tod der jeweiligen versicherten Person;
 - c) mit der Beendigung der Auslandsreise;
 - d) wenn die Voraussetzungen für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen, weil die versicherte Person dauerhaft im Ausland bleiben will;
 - e) mit dem Wegzug der versicherten Person aus der Bundesrepublik Deutschland.
8. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine vorzeitige Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

§ 3 – Prämie

1. Die Prämie für eine versicherte Person ergibt sich aus der Prämienübersicht.
2. Zahlung der Erstprämie:
 - a) Die Erstprämie ist zu Beginn des Versicherungsvertrages fällig und wird vom Versicherer unverzüglich nach Mandatserteilung von dem durch den Versicherungsnehmer benannten Konto abgerufen. Andere Zahlweisen sind ausgeschlossen.

- b) Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
 - c) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
3. Zahlung der Folgeprämien:
 - a) Die Folgeprämie ist jeweils zu Beginn des vereinbarten Zahlungstermins fällig und wird vom Versicherer unverzüglich nach Mandatserteilung von dem durch den Versicherungsnehmer benannten Konto abgerufen. Andere Zahlweisen sind ausgeschlossen.
 - b) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von 2 Wochen.
 - c) Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein, und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie, der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
 - d) Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
 - e) Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe c) bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis über die Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Buchstabe 2 c) bleibt hiervon unberührt.

§ 4 – Geltungsbereich, Abschluss, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz

1. besteht für den vertraglich vereinbarten örtlichen Geltungsbereich der versicherten Reise im Ausland. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat.
2. muss vor Antritt der Reise für deren gesamte Dauer abgeschlossen werden; geschieht dies nicht, besteht für die gesamte Reise kein Versicherungsschutz und die Versicherungsprämie wird zurückgezahlt.
3. beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch
 - a) nicht vor der Ausreise aus dem Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie aus dem Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat;
 - b) nicht vor Zahlung der Versicherungsprämie (bitte beachten Sie hierzu auch § 3);
4. endet – auch für schwebende Versicherungsfälle - zum vereinbarten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit der Einreise in das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie in das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat, bzw. mit dem 76. Geburtstag der versicherten Person.

§ 5 – Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

1. 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 zu

- sammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie Tod.
2. Die HanseMercur erstattet die während einer Reise im Ausland in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen, ortsüblichen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung infolge von auf der Reise eintretenden Krankheiten und Unfällen. Des Weiteren werden die Mehrkosten für medizinisch sinnvolle, ärztlich angeordnete Krankenrücktransporte und die Überführung oder Bestattung bei Tod erstattet. Im Ausland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte - sofern vorhanden - oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnen.
 3. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin in Deutschland 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 schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
 4. Eingeschränkte Leistung bei Unterbrechung der Auslandsreise
 - a) Bei Auslandsreisen von mindestens einjähriger Dauer wird bei einer Unterbrechung der Auslandsreise der Versicherungsschutz eingeschränkt fortgesetzt. In diesem Fall wird die vorübergehende Rückkehr an den Wohnsitz bzw. ständigen Aufenthaltsort einer Auslandsreise gleichgestellt, wenn die Gesamtdauer der Unterbrechung den Zeitraum von sechs Wochen je angefangenem Versicherungsjahr nicht überschreitet. Als Versicherungsjahr gilt dabei jeweils ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn. Beginn und Ende der Unterbrechung sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Die Einschränkung des Versicherungsschutzes besteht darin, dass Leistungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung nur im Rahmen der allgemeinen Pflegeklasse ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung) bzw. im Rahmen vergleichbarer Versorgungsstandards (gesetzliche Grundversorgung des entsprechenden Landes) gewährt werden und für ambulante Behandlungen in Deutschland die Erstattungssätze auf die sogenannten Schwellenwerte der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) begrenzt sind. Als Schwellenwerte gelten nach der GOZ der 2,3-fache Satz der Gebührenordnung und nach der GOÄ bei persönlichen Verrichtungen der 2,3-fache, bei technischen Verrichtungen (Leistungen der Abschnitte A, E und O der GOÄ) der 1,8-fache und bei Laboruntersuchungen (Leistungen nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M der GOÄ) der 1,15-fache Satz der GOÄ.
 - b) Als Unterbrechung der Auslandsreise gilt die vorübergehende Rückkehr ins Heimatland, wenn die versicherte Person danach an den Ort ins Ausland zurückkehrt, an dem sie sich vorher befunden hat.
- c) für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten 1 Grades unternommen wurde;
 - d) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - e) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, es sei denn, dass diese Behandlungen im Anschluss an eine versicherte, vollstationäre Krankenhausbehandlung wegen eines schweren Schlaganfalles, schweren Herzinfarktes oder einer schweren Skeletterkrankung (Bandscheiben-OP, Hüftendoprothese) erfolgt, zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus dient und Leistungen vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden;
 - g) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - h) für 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;
 - i) für Aufwendungen, die durch Behandlungsmethoden und Arzneimittel entstehen, die weder in der Bundesrepublik Deutschland noch im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind. Hiervon ausgenommen sind Leistungen gemäß § 5 Ziffer 3;
 - j) für Hilfsmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, sofern sie nicht allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - k) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - l) für Behandlungen durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - m) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - n) für Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - o) für Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen;
 - p) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - q) für Immunisierungsmaßnahmen;
 - r) für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - s) für Selbstmord, Selbstmordversuche und deren Folgen;
 - t) für Vorsorgeuntersuchungen;
 - u) für Organspenden und deren Folgen.
2. Die HanseMercur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
 - a) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die HanseMercur arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
 3. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Streik, Kernenergie, Beschlagnehmung, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand.
 4. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, oder übersteigen die Kosten einer Heilbehandlung das

§ 6 – Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für die bei Vertragsabschluss bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und für die versicherte Person absehbare Folgen sowie für die versicherte Person absehbaren Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsschluss behandelt worden sind;
 - b) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;

- ortsübliche Maß, so kann die HanseMerkur ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, kann der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 7 – Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- Obliegenheiten
Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, nach Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalles
 - den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
 - den Schaden der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, unter Einreichung sämtlicher relevanter Buchungsunterlagen anzuzeigen;
 - der HanseMerkur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen, sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
 - im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unverzüglich Kontakt zum weltweiten Notfall-Service der HanseMerkur aufzunehmen;
 - dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn die HanseMerkur den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.
- Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzung
Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers / der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 8 – Auszahlung der Versicherungsleistungen

- Erstattet werden die in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten nach Maßgabe von § 8 Ziffer 8.
- 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.
- Bei einem ärztlich angeordneten Rücktransport ist zur Prüfung ein Attest des im Ausland behandelnden Arztes über die Notwendigkeit mit einzureichen. Hiervon unberührt bleibt die Notwendigkeit der Abstimmung mit dem Gesellschaftsarzt.
- Bei einer Überführung bzw. bei einer Bestattung im Ausland sind eine Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung mit Angaben über die Todesursache mit einzureichen.
- Liegt der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis der HanseMerkur vor und ist die Leistungspflicht der HanseMerkur dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen zu erfolgen.
- Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.

- 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.
- Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 9 – Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

- Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMerkur gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Die HanseMerkur wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
- Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf die HanseMerkur im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung. Wird diese Obliegenheit verletzt, ergeben sich die Rechtsfolgen aus § 7 Ziffer 2.
- Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern auf Grund überhöhter Honorare gehen auf die HanseMerkur im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur abzugeben. Wird diese Obliegenheit verletzt, ergeben sich die Rechtsfolgen aus § 7 Ziffer 2.

§ 10 – Aufrechnung

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

§ 11 – Willenserklärung und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.).

§ 12 – Anzuwendendes Recht / Vertragssprache

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

§ 13 – Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

B: Besonderer Teil der Versicherungsbedingungen

Tarif Basic

I. Heilbehandlungskosten im Ausland

Die HanseMercur erstattet die im Ausland entstandenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung einer versicherten Person.

1. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten
 - a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbrüche;
 - b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel

(als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
 - c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik;
 - e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - f) Röntgendiagnostik;
 - g) unaufschiebbare stationäre Behandlungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, welche im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt;
 - h) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück in die Unterkunft;
 - i) unaufschiebbare Operationen;
 - j) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, sofern diese durch einen Zahnarzt durchgeführt oder verordnet werden.

2. Neugeborene

Bei einer Frühgeburt werden auch die Kosten der im Ausland notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von 50.000,- EUR übernommen.

3. Nachleistung im Ausland

Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht (einschl. eines dann evtl. notwendig werdenden Rücktransportes) bis zur Dauer von drei Monaten weiter, sofern die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist.

II. Krankenrücktransport-/Überführungs-/Bestattungskosten

Die HanseMercur erstattet, außer bei einer Unterbrechung der Auslandsreise

1. die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet wird und medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
2. die notwendigen Mehrkosten, die im Falle des Ablebens einer versicherten Person durch die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehen bis zu 10.000,- EUR;
3. die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, bis zu 10.000,- EUR.

Tarif Profi

I. Heilbehandlungskosten im Ausland

Die HanseMercur erstattet die im Ausland entstandenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung einer versicherten Person.

1. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten
 - a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbrüche;
 - b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
 - c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik;
 - e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - f) Röntgendiagnostik;
 - g) unaufschiebbare stationäre Behandlungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, welche im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt;
 - h) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück in die Unterkunft;
 - i) unaufschiebbare Operationen;
 - j) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, sofern diese durch einen Zahnarzt durchgeführt oder verordnet werden.
2. Neugeborene
Bei einer Frühgeburt werden auch die Kosten der im Ausland notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von 50.000,- EUR übernommen.
3. Nachleistung im Ausland
Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht (einschl. eines dann evtl. notwendig werdenden Rücktransportes) bis zur Dauer von drei Monaten weiter, sofern die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist.

II. Krankenrücktransport-/Überführungs-/Bestattungskosten

Die HanseMercur erstattet – außer bei einer Unterbrechung der Auslandsreise

1. die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet wird und medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
2. die notwendigen Mehrkosten, die im Falle des Ablebens einer versicherten Person durch die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehen bis zu 10.000,- EUR;
3. die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, bis zu 10.000,- EUR.

III. Zusatzleistungen nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Beginn des Versicherungsschutzes nach diesem Tarif

Nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten erstattet die HanseMerkur zusätzlich die Kosten für

1. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Kinder sowie zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.
2. Hilfsmittel
 - a) Bandagen, Bruchbänder, Einlagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe mit 100% des Rechnungsbetrages;
 - b) Erstanschaffung von Hörgeräten, Korrekturschienen, Kunstgliedern/Prothesen, Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrstühlen, Atemmonitorgeräten, Infusionspumpen, Inhalationsgeräten, Sauerstoffgeräten, Überwachungsmonitoren für Säuglinge, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparaten sowie Sprechgeräten nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer mit 100% des Rechnungsbetrages bis zu max. 2000,- EUR pro Versicherungsjahr;
 - c) Reparaturkosten für vorhandene Hilfsmittel mit 100 % des Rechnungsbetrages bis max. 250,- EUR pro Versicherungsjahr.
3. Zahnersatz
 - a) in den ersten beiden Versicherungsjahren mit 80% des Rechnungsbetrages bis max. 1.000,- EUR für beide Versicherungsjahre;
 - b) ab dem 3. Versicherungsjahr mit 80% des Rechnungsbetrages bis 1.500,- EUR pro Versicherungsjahr.

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