Hauptverwaltung:
Siegfried-Wedells-Platz 1 • 20354 Hamburg

HanseMerkur Reiseversicherung AG

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung der HanseMerkur Reiseversicherung AG für ausländische Gäste mit Visum VB-KV 2008 (AGV)

§ 1 - Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Personen bis zum vollendeten 75. Lebensjahr (75. Geburtstag), die mit einem Visum eine Reise durchführen, 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 zwei Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben. Als Ausland gilt dann auch das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
   a) dauernd pflegebedürftig sind, sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
   b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Sportler ausüben;
   c) einen befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland besitzen und bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung die Gesamtversicherungsdauer aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von fünf Jahren überschritten hat.

§ 2 - Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist innerhalb von 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Ablauf der Frist von einem Monat ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht möglich.
2. 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.
3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziffer 2 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
4. Sofern für die versicherte Person bereits ein Vertrag nach diesem Tarif (AGV) bestanden hat und diese einen vorübergehenden Aufenthalt in den Ländern der Europäischen Union, der Schweiz oder Liechtenstein beendet hat, ist der Abschluss eines erneuten Vertrages nach einer erneuten Einreise nur nach einer mindestens zweimonatigen Aufenthaltsdauer im Heimatland möglich. Wird dennoch für eine von dieser Regelung betroffene Person die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
5. Der Versicherungsvertrag muss bei einer Versicherung für eine Einzelreise für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
6. Die Höchstversicherungsdauer beträgt ein Jahr. Eine Verlängerung ist im Rahmen einer vertraglich eigenständigen Einzelversicherung nur mit Zustimmung des Versicherers möglich, und zwar nur bis zu einer Gesamtversicherungsdauer von höchstens fünf Jahren.
7. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes kann ein eigenständiger Verlängerungsvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
   a) Der Antrag auf Verlängerung muss auf dem von der HanseMerkur hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur eingereicht werden.
   b) Die HanseMerkur muss dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender zu.
   c) Bei Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland ist eine Verlängerung nur möglich, sofern unter Berücksichtigung aller vorbestehenden Krankenversicherungsverträge mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland eine Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren nicht überschritten wird. Die HanseMerkur ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes bestanden haben, zu informieren.

   Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
8. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
9. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
10. Der Versicherungsvertrag endet
    a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
    b) mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
    c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in den Ländern der EU, der Schweiz oder Liechtenstein,
    wenn sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in den Ländern der EU, Schweiz oder Liechtenstein entschieden hat oder
    wenn die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
    d) bei versicherten Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland nach einer Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren zum Zeitpunkt der Überschreitung dieses Zeitraumes. Dieses gilt auch unter der Berücksichtigung der Versicherungsverträge, die vorher nicht bei der HanseMerkur bestanden haben.

§ 3 - Prämie

1. Die Prämie ist eine Einmalprämie, ergibt sich aus der jeweils gültigen Prämienübersicht und ist bei Abschluss des Vertrages zu zahlen.
2. Wird die Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist die HanseMerkur, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
3. Ist die Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

1. Geltungsbereich
   a) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise mit einem Visum nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen, wobei die Gesamtleistung auf 50.000,– EUR begrenzt ist.
   b) Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
   c) Abweichend von b) besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person Versicherungsschutz:

      Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal sechs Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn.

      Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 8 Ziffer 1 e).
2. Beginn
   Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
   a) nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
   b) nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein;
   c) nicht vor Zahlung der Prämie;
   d) nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.
3. Sofern Versicherungsschutz für einen Zeitraum von bis zu 90 Tagen innerhalb eines Jahres gewählt wurde, besteht Versicherungsschutz für alle vorübergehenden Reisen, die von der versicherten Person nach Abschluss des Versicherungsvertrages innerhalb eines Jahres ab Vertragsbeginn angetreten werden, bis zu einer Gesamtreisedauer von 90 Tagen pro Jahr.
4. Ende
   Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
   a) zu dem vereinbarten Zeitpunkt;
   b) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
   c) spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes der versicherten Personen in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein;
   d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder den Ländern der Europäischen Union sowie in der Schweiz oder Lichtenstein nicht mehr vorliegen
   e) da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in den Ländern der EU, Schweiz oder Liechtenstein entschieden hat oder
   f) da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;.
   g) mit Erreichen der Gesamtreisedauer von 90 Tagen bei einem Versicherungsschutz für einen Zeitraum von bis zu 90 Tagen innerhalb eines Jahres.
5. 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 sechs Monaten, einschl. aller Vertragsverlängerungen, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von einem Monat weiter;
   b) bei Vertragsdauern von über sechs Monaten, einschl. aller Vertragsverlängerungen, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von drei Monaten weiter.

§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

I. Allgemeines

1. Die HanseMerkur leistet Entschädigung für unvorhergesehene akut auf der Reise eintretende Versicherungsfälle. Die Leistungen sind begrenzt auf 50.000,– EUR.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
   a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat;
   b) Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
4. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. In den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein steht der versicherte Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr berechnen.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 4 genannten behandelnden Personen verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl.
6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.
7. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, dass in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Wartezeiten

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

Heilbehandlungskosten bis zu insgesamt 50.000,– EUR

1. Der Versicherer erstattet während eines Aufenthaltes in Deutschland die entstandenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen

   nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,

   nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz,

   nach den Abschnitten A,E und O (technische Verrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz,

   für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.

   Maximal werden Kosten erstattet bis zu einem Betrag von 50.000,00 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit.
2. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
   a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat und Behandlung wegen Fehlgeburt;
   b) ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
   c) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
   d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
   e) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen bis zu einem Höchstbetrag von 300,00 EUR je Versicherungsjahr;
   f) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
   g) Röntgendiagnostik;
   h) unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung;.
   i) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
   j) unaufschiebbare Operationen;
   k) Entbindungen nach Ablauf der Wartezeit;
3. Zahnbehandlungskosten

   Der Versicherer erstattet des weiteren unter Berücksichtigung von Abschnitt III Ziffer 1 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 erstattet der Versicherer für die genannten Zahnbehandlungskosten bei Vertragsdauern
   a) von bis zu sechs Monaten einschl. aller Vertragsverlängerungen maximal 300,– EUR,
   b) von über sechs Monaten einschl. aller Vertragsverlängerungen maximal 600,– EUR

   pro Versicherungsjahr und versicherter Person. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten.

IV. Rücktransport/Überführungs-/Bestattungskosten

Die HanseMerkur erstattet – außer bei einem Aufenthalt der versicherten Person in dem Land, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie einen Wohnsitz hat –

1. die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnort der versicherten Person bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus;
2. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehenden notwendigen Mehrkosten 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.

§ 6 - Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht:
   a) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren und für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten 1. Grades unternommen wurde;
   b) für die bei Vertragsabschluss bzw. bei Abschluss des Anschlussvertrages bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbaren Folgen sowie die für die versicherte Person absehbaren Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsabschluss behandelt worden sind;
   c) für 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;
   d) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschl. deren Folgen;
   e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
   f) für Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren;
   g) 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;
   h) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   i) für Behandlungen von Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   j) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
   jk) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
   l) für Immunisierungsmaßnahmen;
   m) für Hilfsmittel;
   n) für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschl. Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehörige Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
   o) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
   p) für Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
   q) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
   r) für Organspenden und Folgen.
2. Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
   a) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
   b) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die HanseMerkur arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 7 - Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
   a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
   b) den Schaden der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
   c) der HanseMerkur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
   d) im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zur HanseMerkur aufzunehmen.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der HanseMerkur beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Folgen von Obliegenheitsverletzung
   Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 8 - Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum des Versicherers - erbracht sind:
   a) Originalbelege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
   b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen;
   c) eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
   d) auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in den Ländern der Europäischen Union, der Schweiz und Liechtenstein;
   e) auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland;
   f) auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes in Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für Bundesrepublik Deutschland.
2. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfung des Anspruches durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert ist.
3. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass die HanseMerkur im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung nicht erteilt, und die HanseMerkur hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der HanseMerkur nicht entbunden werden.
4. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
5. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
7. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 9 - Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

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

§ 10 - Aufrechnung

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

§ 11 - Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 12 - Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

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

§ 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

Hauptverwaltung:
Siegfried-Wedells-Platz 1 • 20354 Hamburg

HanseMerkur
Reiseversicherung AG

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreiseversicherung der HanseMerkur Reiseversicherung AG für Ausländische Gäste VB-RS 2008 (AG)

A: Allgemeiner Teil

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

§ 1 - Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind in der Versicherung für Gruppen Personen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr und in der Einzelversicherung bis zum vollendeten 75. Lebensjahr (75. Geburtstag), 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 zwei Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben. Als Ausland gilt dann auch das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.
   Eine Versicherung für Gruppen kann ab drei zusammen reisenden Personen beantragt werden.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
   a) dauernd pflegebedürftig sind, sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
   b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Sportler ausüben;
   c) einen befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland besitzen und bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung die Gesamtversicherungsdauer aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von fünf Jahren überschritten hat.

§ 2 - Abschluss, Dauer und Beendigung des Vertrages

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages muss innerhalb von 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, die Länder der Europäischen Union sowie die Schweiz oder Liechtenstein gestellt werden. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen.
2. 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.
3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziffer 2 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
4. Sofern für die versicherte Person bereits ein Vertrag nach diesem Tarif bestanden hat und diese einen vorübergehenden Aufenthalt in den Ländern der Europäischen Union, der Schweiz oder Liechtenstein beendet hat, ist der Abschluss eines erneuten Vertrages nach einer erneuten Einreise nur nach einer mindestens zweimonatigen Aufenthaltsdauer im Heimatland möglich. Wird dennoch für eine von dieser Regelung betroffene Person die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
5. Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
6. Die Höchstversicherungsdauer beträgt fünf Jahre.
7. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann im Rahmen der Einzelversicherung ein eigenständiger Verlängerungsvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
   a) Die Höchstversicherungsdauer von fünf Jahren wird - auch unter Berücksichtigung vorbestehender Krankenversicherungsverträge - mit dem Verlängerungsvertrag nicht überschritten.
   b) Der Antrag auf Verlängerung muss auf dem von der HanseMerkur hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur eingereicht werden.
   c) Die HanseMerkur muss dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender zu.
   Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
8. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
9. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
10. Der Versicherungsvertrag endet
    a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
    b) mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland; die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
    c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in den Ländern der EU, Schweiz oder Liechtenstein,
       - wenn sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in den Ländern der EU, Schweiz oder Liechtenstein entschieden hat oder
       - wenn die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
    d) bei versicherten Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik nach einer Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren zum Zeitpunkt der Überschreitung dieses Zeitraumes. Dieses gilt auch unter der Berücksichtigung der Versicherungsverträge, die vorher nicht bei der HanseMerkur bestanden haben.

§ 3 - Prämie

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

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

1. Geltungsbereich
   a) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union, sowie der Schweiz oder Liechtenstein aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.
   b) Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
   c) Abweichend von b) besteht für die Unfallversicherung unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person Versicherungsschutz:
      - Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal sechs Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn.
        Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
2. Beginn
   Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
   a) nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
   b) nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, die Länder der Europäischen Union sowie die Schweiz oder Liechtenstein;
   c) nicht vor Zahlung der Prämie;
   d) nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.
3. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
4. Ende
   Der Versicherungsschutz endet
   a) zu dem vereinbarten Zeitpunkt;
   b) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
   c) spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes der versicherten Personen in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein;
   d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder den Ländern der Europäischen Union sowie in der Schweiz oder Lichtenstein nicht mehr vorliegen.

§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

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

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

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

§ 7 - Allgemeine Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

§ 8 - Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Liegt der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis der HanseMerkur vor und ist die Leistungspflicht der HanseMerkur dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen zu erfolgen. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens der versicherten Person gehindert sind.
2. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist.
3. Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Verfahren gegen die versicherte Person eingeleitet worden, so kann die HanseMerkur bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren die Regulierung des Schadens aufschieben.
4. Zur Prüfung des Leistungsanspruches ist es eventuell erforderlich, dass die HanseMerkur im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, bzw. der gesetzliche Vertreter der versicherten Person, oder eine Risikoperson die Einwilligung zu einer solchen Erhebung nicht erteilt, und die HanseMerkur hierdurch die Höhe und den Umfang des Leistungsanspruches nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit der Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen gegenüber der HanseMerkur nicht von ihrer Schweigepflicht entbunden sind.
5. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
6. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 9 - Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMerkur gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf die HanseMerkur Reiseversicherung im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.

§ 10 - Aufrechnung

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

§ 11 - Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

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

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

§ 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

B: Besonderer Teil für die Auslandsreise-versicherungen der HanseMerkur Reiseversicherung AG für Ausländische Gäste
VB RS 2008 (AG)

Die nachfolgenden Versicherungen gelten, soweit sie vereinbart wurden.

I. Reise-Unfallversicherung

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

1. Die HanseMerkur erbringt Leistungen bei Unfällen auf der Reise, die zum Tod oder einer dauerhaften Invalidität der versicherten Person führen.
2. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. In Erweiterung erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
3. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
4. Als Unfälle im Sinne von Ziffer 2 gelten auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser beim Tauchen.
5. Sofern nach dem gewählten Tarif die Invaliditätsleistung und/oder Todesfallleistung und/oder Bergungskosten und/oder Kosten für kosmetische Operationen versichert sind, ergeben sich die Versicherungssummen für die jeweilige Leistungsart aus den vertraglichen Vereinbarungen. Für die Entstehung des Anspruches und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

§ 2 - Leistungen bei Invalidität

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht der versicherten Person ein Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG schriftlich geltend gemacht sein. Ist seit dem Unfalltag ein Zeitraum von 15 Monaten vergangen, ohne dass die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer einen Leistungsanspruch vertragskonform geltend gemacht hat, entfällt jeglicher Anspruch auf eine etwaige Versicherungsleistung bereits aufgrund des reinen Zeitablaufes. Ansprüche auf Invaliditätsleistung können nach Ablauf der 15-Monats-Frist nicht mehr geltend gemacht werden.
2. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
   a) Als feste Invaliditätsgrade gelten (unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität) der Verlust oder die 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.
3. Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach § 2 Ziffer 2 zu bemessen.
4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
5. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder (gleichgültig, aus welcher Ursache) später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach § 2 Ziffer 1 entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem auf Grund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

§ 3 - Leistungen im Todesfall

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 § 9 Ziffer 4 verwiesen.

§ 4 - Leistungen für 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

1. Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;
2. Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder in eine Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet;
3. Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
4. Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle.
5. Hat die versicherte Person für Kosten nach Ziffer 1 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.
6. 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.
7. Bestehen für die versicherte Person bei der HanseMerkur Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

§ 5 - Leistungen für Kosten kosmetischer Operationen

1. Wird durch ein versichertes Unfallereignis die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauerhaft beeinträchtigt ist, und entschließt sich die versicherte Person, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt die HanseMerkur einmalig die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Nicht zur Körperoberfläche zählen die bei geöffnetem Mund sichtbaren Front- und Schneidezähne.
2. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall durchgeführt und abgeschlossen sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
3. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, sofern der Einsatz von beruflichem Pflegepersonal bei der Krankenpflege nicht ärztlich angeordnet wird.

§ 6 - Fälligkeit der Leistungen

1. Sobald der HanseMerkur die Unterlagen zugegangen sind, die die versicherte Person zum Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist die HanseMerkur verpflichtet, innerhalb eines Monats (beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten) zu erklären, ob und in welcher Höhe sie einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die der versicherten Person zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt die HanseMerkur.
2. Erkennt die HanseMerkur den Anspruch an oder haben sich die versicherte Person und die HanseMerkur über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt die HanseMerkur die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nicht beansprucht werden.
3. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt die HanseMerkur auf Verlangen der versicherten Person angemessene Vorschüsse.
4. Die versicherte Person und die HanseMerkur sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens der HanseMerkur mit Abgabe ihrer Erklärung entsprechend § 6 Ziffer 1, seitens der versicherten Person innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie die HanseMerkur bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5% jährlich zu verzinsen.

§ 7 - Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

1. Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht sind.
2. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
3. Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse oder in Verbindung mit terroristischen Anschlägen verursacht sind; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Diese Erweiterung des Versicherungsschutzes gilt jedoch nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet zum Zeitpunkt des Reiseantrittes bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen).
4. Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeuges eintreten.
5. Unfälle der versicherten Person bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden Tätigkeit.
6. Unfälle der versicherten Person bei der Benutzung von Raumfahrzeugen; Versicherungsschutz besteht jedoch als Fluggast einer Fluggesellschaft.
7. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
8. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
9. Unfälle, die der versicherten Person in Ausübung der Berufstätigkeit zustoßen.
10. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen sowie Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst werden.
11. Gesundheitsschädigungen durch Infektionen; diese sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten. Versicherungsschutz besteht jedoch für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Satz 1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, besteht Versicherungsschutz, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
12. Bauch- oder Unterleibsbrüche; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
13. 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 2 die überwiegende Ursache ist.
14. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.
15. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

§ 8 - Einschränkung des Versicherungsschutzes bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

1. 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.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so entfällt jeglicher Leistungsanspruch, wenn dieser Anteil mehr als 50% beträgt.

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

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen. Die versicherte Person hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
2. Die von der HanseMerkur übersandte Unfall-Schadenanzeige ist vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen und von der versicherten Person unterschrieben umgehend an die HanseMerkur zurückzusenden.
3. Die versicherte Person hat sich von den von der HanseMerkur beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt die HanseMerkur.
4. Hat der Unfall den Tod der versicherten Person zur Folge, so ist dies der HanseMerkur von den Erben oder den sonstigen Rechtsnachfolgern der versicherten Person innerhalb von 48 Stunden 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.
5. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus § 7 Ziffer 4 des Allgemeinen Teils.

II. Reise-Haftpflichtversicherung

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

1. Die HanseMerkur bietet der versicherten Person Versicherungsschutz auf der Reise für den Fall, dass sie wegen eines eingetretenen Schadenereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen

   auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts

   von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.
2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens, insbesondere
   a) als Familien- und Haushaltungsvorstand (z. B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige);
   b) als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb);
   c) aus der Ausübung von Sport (ausgenommen sind die in § 3 Ziffer 3 genannten Sportarten);
   d) als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder Tiereigentümer gegen die versicherte Person und/oder den Versicherungsnehmer sind nicht versichert);
   e) durch den Besitz und Gebrauch von Flugmodellen, unbemannten Ballonen und Drachen, die weder mit Motoren noch durch Treibsätze angetrieben werden, deren Fluggewicht 5 kg nicht übersteigt und für die keine Versicherungspflicht besteht;
   f) durch den Besitz und Gebrauch von eigenen oder fremden Ruder- und Tretbooten sowie fremden Segelbooten, die weder mit Motoren (auch Außenbordmotoren) sowie Treibsätzen angetrieben werden und für die keine Versicherungspflicht besteht;
   g) aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen von eigenen oder fremden Surfbrettern zu Sportzwecken; **ausgeschlossen** ist jedoch die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung an Dritte.
   h) für Mietsachschäden aus der Benutzung 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). Die Deckungssumme beträgt je Mietsach-Schadenereignis 25.000 EUR. Die Gesamtleistung der HanseMerkur für alle Mietsach-Schadenereignisse innerhalb des versicherten Zeitraumes ist auf das Doppelte der vorgenannten Deckungssumme begrenzt. Die versicherte Person hat von der Schadenersatzleistung 20%, mindestens 50,- EUR, selbst zu tragen **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.

§ 2 - Leistungen

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

fahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person von der HanseMerkur gewünscht oder genehmigt, so trägt die HanseMerkur die gebührenordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit ihr besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.
Hat die versicherte Person für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten oder ist ihr die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen, so ist die HanseMerkur an ihrer Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.

2. Für den Umfang der Leistung der HanseMerkur bilden die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen die Höchstgrenze bei jedem Schadenereignis. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache gelten als **ein** Schadenereignis.
3. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen der versicherten Person und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, so führt die HanseMerkur den Rechtsstreit im Namen der versicherten Person. Die hierfür anfallenden Kosten übernimmt die HanseMerkur.
4. Die Aufwendungen der HanseMerkur für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber Ziffer 5).
5. Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat die HanseMerkur die Prozesskosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche zu tragen, und zwar auch dann, wenn es sich um mehrere aus einem Schadenereignis entstehende Prozesse handelt. Die HanseMerkur ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und ihres der Versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten sich von weiteren Leistungen zu befreien.
6. Hat die versicherte Person an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente von der HanseMerkur erstattet. Der Rentenwert wird auf Grund der Allgemeinen Sterbetafeln für Deutschland mit Erlebensfallcharakter 1987 R Männer und Frauen und unter Zugrundelegung des Rechnungszinses, der die tatsächlichen Kapitalmarktzinsen in Deutschland berücksichtigt, berechnet. Hierbei wird der arithmetische Mittelwert über die jeweils letzten zehn Jahre der Umlaufrenditen der öffentlichen Hand, wie sie von der Deutschen Bundesbank veröffentlicht werden, zugrunde gelegt. Nachträgliche Erhöhungen oder Ermäßigungen der Rente werden zum Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenbeginns mit dem Barwert einer aufgeschobenen Rente nach der genannten Rechnungsgrundlage berechnet.
   a) Für die Berechnung von Waisenrenten wird das 18. Lebensjahr als frühestes Endalter vereinbart.
   b) Für die Berechnung von Geschädigtenrenten wird bei unselbständig Tätigen das vollendete 65. Lebensjahr als Endalter vereinbart, sofern nicht durch Urteil, Vergleich oder eine andere Festlegung etwas anderes bestimmt ist oder sich die der Festlegung zugrunde gelegten Umstände ändern.
   c) Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich die versicherte Person an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.
7. Falls die von der HanseMerkur verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruches durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, so hat die HanseMerkur für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

§ 3 - Ausschlüsse

Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf

1. Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
2. Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen;
3. Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfen, Kampfsportarten jeglicher Art inklusive den Vorbereitungen (Training) hierzu;
4. Haftpflichtansprüche wegen Schäden (mit Ausnahme der unter § 1 Ziffer 2 b) genannten Tatbestände) an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat, oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
5. Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässern) und aller sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
6. Haftpflichtansprüche
   a) aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind);
   b) zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages sowie zwischen dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen eines Versicherungsvertrages;
   c) zwischen mehreren Personen, die gemeinsam eine Reise gebucht haben und diese Reise zusammen durchführen;
7. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen;
8. die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges (ausgenommen die in § 1 Ziffer 4 e und f genannten Wasserfahrzeuge) wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden;
9. die Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd. Der Versicherungsschutz des Tierhüters nach § 1 Ziffer 4 c) bleibt von dieser Ausschlussregelung jedoch unberührt;
10. die Haftpflicht aus der Ausübung eines Berufes, Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art;
11. die Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte;
12. Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Gebrauch von Waffen aller Art.

§ 4 - Besondere Obliegenheiten und Verfahren nach Eintritt des Versicherungsfalles
(Ergänzung zu den im § 7 des Allgemeinen Teils aufgeführten Allgemeinen Obliegenheiten)

1. Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.
2. Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat die versicherte Person dies der HanseMerkur unverzüglich anzuzeigen, auch wenn sie den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat. Wird gegen die versicherte Person ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihr gerichtlich der Streit verkündet, so hat sie dies unverzüglich der HanseMerkur anzuzeigen. Das Gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen der HanseMerkur nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadenfalles dient, sofern ihr dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Die versicherte Person hat die HanseMerkur bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihr ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Tatumstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht der HanseMerkur für die Beurteilung des Schadenfalles erheblichen Schriftstücke einzusenden.
4. Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat die versicherte Person die Prozessführung der HanseMerkur zu überlassen, dem von der HanseMerkur bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder der HanseMerkur für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat sie, ohne die Weisung der HanseMerkur abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
5. 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 Ziffer 3 und 4 finden entsprechende Anwendung.
6. Die HanseMerkur gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruches ihr zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.
7. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer der vorgenannten Obliegenheiten ergeben sich aus § 7 Ziffer 4 des Allgemeinen Teils.