

Versicherungsbedingungen

für die HUK-COBURG VISA-Standardkarte

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung in Verbindung mit einer Kreditkarte – Tarif RC

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise akut auftretenden Krankheit, einer auf der Reise auftretenden akuten Verschlechterung einer Krankheit oder akuter Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsschutz 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, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antragsvordruck, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den in der Bundesrepublik Deutschland gültigen gesetzlichen Vorschriften.
- (4) Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.
- (5) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Die Dauer des Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von 42 Tagen nicht überschreiten. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Leistungspflicht nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Kreditkartenvertrag nicht gekündigt ist. § 7 Abs. 2 gilt entsprechend. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
- (6) Aufnahmefähig sind Personen bis zum vollendeten 70. Lebensjahr mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, welche eine Kreditkarte beantragt haben, die entsprechenden Versicherungsschutz der HUK-COBURG-Krankenversicherung beinhaltet.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor dem Gültigkeitsbeginn der beantragten Kreditkarte, nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr.
- (2) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet nach einem Jahr.
- (3) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des Antrages bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheines, aber nicht vor Aushändigung der beantragten Kreditkarte zustande.
- (4) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers.
- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.
- (6) Bei Wegfall der Inhaberschaft der jeweiligen Kreditkarte endet das Versicherungsverhältnis mit Ablauf des Versicherungsjahres, in welchem die Gültigkeit dieser Kreditkarte endet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel zudem aus einer Apotheke bezogen werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach Methoden arbeiten, die in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind und Krankengeschichten führen.
- (4) Erstattungsfähig sind
 - a) medizinisch notwendige Aufwendungen für ambulante ärztliche Heilbehandlung, einschließlich Röntgendiagnostik;
 - b) Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder und medizinische Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
 - c) ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung;
 - d) schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
 - e) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt;
 - f) den notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste.
- (5) Mehraufwendungen
 - a) für den medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus;
 - b) für die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 5.113 Euro Versicherungsleistung;
 - c) für die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre. Die Aufwendungen zu 1. und 2. werden mit 100% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge erstattet.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht für
 - a) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - b) Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - c) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - e) Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
 - f) Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;
 - g) sonstige Hilfsmittel;
 - h) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - i) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - j) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt sind. Dabei sind die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland maßgebend;
 - k) Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachaufwendungen werden erstattet.
 - i) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
 - (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
 - (3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nach-

- weise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z. B. den in § 5 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Leistungen vermerkt hat.
- (2) Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen.
- (4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- (5) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, dem Versicherer sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt.
- (6) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß »Devisenkursstatistik«, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (7) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme einer Überweisung auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
- (8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. des Versicherungsverhältnisses (vgl. auch § 3 Abs. 6).
- (2) Der Versicherungsschutz endet darüber hinaus mit dem Ablauf der ersten 42 Tage eines Auslandsaufenthaltes.
- (3) Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

§ 8 Beitragszahlung

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages, der jeweilige Folgebeitrag zu Beginn eines jeden Verlängerungsjahres, zu zahlen. Für Personen, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt der Beitrag 4,60 Euro. Nach Vollendung des 70. Lebensjahres beträgt der Beitrag 9,20 Euro.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen sind auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Hierzu ist der Versicherer zu ermächtigen, jederzeit Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende und beendete Personenversicherungen einzuholen. Dazu darf der Versicherer Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter befragen. Diese sind von ihrer Schweigepflicht zu befreien und zu ermächtigen, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VWG vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Personen stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VWG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz verlangen können.
- (2) Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 14 Änderung des Versicherungsbeitrages

Der Versicherungsbeitrag kann vom Versicherer nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden. Die Änderung muss dem Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat zum Ende des alten Versicherungsjahres schriftlich mitgeteilt werden. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Änderung wirksam werden sollte.

Tarif RCF

Bis auf folgende Abweichungen gelten für den Tarif RCF die gleichen AVB wie für den Tarif RC:

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) – (5) ...
- (6) Aufnahmefähig sind Personen bis zum vollendeten 70. Lebensjahr mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, welche eine Kreditkarte beantragt haben, die entsprechenden Versicherungsschutz der HUK-COBURG-Krankenversicherung beinhaltet. Versichert sind neben dem Versicherungsnehmer dessen im Antrag namentlich benannter Ehegatte oder Lebenspartner. Zusätzlich versichert sind deren unverheiratete, noch in Ausbildung befindliche Kinder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Voraussetzung für die Mitversicherung ist das Zusammenleben der versicherten Personen in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer. Zur Mitversicherung der Kinder vgl. auch § 9 (5).

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) – (3) ...
- (4) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Für die mitversicherten Personen endet er mit dem Ablauf des Versicherungsjahres.
- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.

§ 8 Beitragszahlung

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Er beträgt für alle versicherten Personen zusammen 10,24 Euro. Für jede versicherte Person, die das 70. Lebensjahr vollendet hat, wird ein Zuschlag von 4,60 Euro erhoben.

§ 9 Obliegenheiten

(1) – (4) ...

(5) Mitversicherte Kinder sind bei Antragstellung anzuzeigen. Bei Neugeborenen muss die Nachmeldung spätestens 2 Monate nach Geburt dem Versicherer gegenüber in schriftlicher Form erfolgen.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Beistandsleistungen auf Reisen und Rücktransportkosten in Verbindung mit der HUK-COBURG VISA-Karte auf Grundlage der ABBR '89

§ 1 Gegenstand der Versicherung

1. Der Versicherer erbringt Beistandsleistungen bzw. leistet Entschädigung in folgenden Notfällen, die einer der versicherten Personen während einer Reise zustoßen:

- Krankheit/Unfall (§ 2)
- Tod (§ 3)
- Such-, Rettungs- und Bergungskosten (§ 4 Nr.1)
- Strafverfolgungsmaßnahmen (§ 4 Nr. 2)
- Verlust von Reisezahlungsmitteln / Sperrung von Kreditkarten (§ 4 Nr. 3)
- Verlust von Reisedokumenten (§ 4 Nr. 4)
- Arzneimittel- / Ersatzbrillenversand (§ 4 Nr. 5)
- Benachrichtigungsservice (§ 4 Nr. 6)
- Hilfe bei Sprachproblemen/Dolmetscherservice (§ 4 Nr. 7)
- Kostenerstattung bei Reiseabbruch (§ 4 Nr. 8)
- Hilfeleistung in Notlagen (§ 4 Nr. 9)

2. Voraussetzung für die Erbringung einer Beistandsleistung ist, dass sich die versicherte Person oder ein von ihr Beauftragter bei Eintritt des Versicherungsfalles telefonisch oder in sonstiger Weise an den Versicherer wendet. Ersatz der versicherten Kosten wird unabhängig davon geleistet. Der Versicherer kann allerdings die aufgrund der unterbliebenen Benachrichtigung und Abstimmung entstandenen Mehrkosten abziehen.

§ 2 Krankheit/Unfall

1. Ambulante Behandlung

Der Versicherer informiert auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung. Soweit möglich, benennt er einen deutsch oder englisch sprechenden Arzt. Der Versicherer stellt jedoch nicht den Kontakt zum Arzt selbst her.

2. Krankenhausaufenthalt

Erkrankt oder erleidet die versicherte Person einen Unfall und wird sie deswegen in einem Krankenhaus stationär behandelt, erbringt der Versicherer nachstehende Leistungen:

- Betreuung
Der Versicherer stellt über einen von ihm beauftragten Arzt den Kontakt zum jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthalts sorgt er für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Auf Wunsch sorgt der Versicherer für die Information der Angehörigen.
- Krankenbesuch
Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als zehn Tage, organisiert der Versicherer die Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthalts und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthalts sind nicht versichert.
- Garantie/Abrechnung
Der Versicherer gibt gegenüber dem Krankenhaus, soweit erforderlich, eine Kostenübernahmegarantie bis zu 12.783 Euro ab. Der Versicherer übernimmt namens und im Auftrage der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenversicherer bzw. sonstigen Dritten, die zur Kostentragung der stationären Behandlung verpflichtet sind. Soweit die vom Versicherer verauslagten Beträge nicht von einem Krankenversicherer oder Dritten übernommen werden, sind sie von der versicherten Person binnen eines Monats nach Rechnungsstellung an den Versicherer zurückzuzahlen.

3. Krankenrücktransport

Sobald es medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, organisiert der Versicherer den Rücktransport mitmedizinisch adäquaten Transportmitteln (einschl. Ambulanzflugzeugen) an den Wohnort der versicherten Person bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene Krankenhaus. Der Versicherer übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden Mehrkosten.

4. HeimholSERVICE

a) Rückholung von Kindern

Können mitreisende Kinder unter 16 Jahren (behinderte Kinder altersunabhängig) auf einer Auslandsreise infolge Tod oder Erkrankung weder von der versicherten Person noch von einem anderen Familienangehörigen betreut werden, sorgt der Versicherer für deren Abholung und Rückreise mit einer Begleitperson zum ständigen Wohnsitz und trägt die hierdurch entstehenden Kosten.

b) Heimtransport/Weiterversorgung von Haustieren

Können aus dem gleichen Grund mitreisende Haustiere von der versicherten Person oder einem anderen Mitreisenden nicht mehr versorgt werden, organisiert der Versicherer den Heimtransport der Tiere an den Wohnsitz und trägt die dadurch entstehenden Kosten. Kann das Tier nach dem Transport nicht sofort weiterversorgt werden, sorgt der Versicherer für die weitere Unterbringung und Versorgung des Tieres. Der Versicherer übernimmt die dadurch entstehenden Kosten jedoch höchstens für zwei Wochen.

§ 3 Tod

1. Bestattung im Ausland

Stirbt die versicherte Person auf der Reise, organisiert der Versicherer auf Wunsch der Angehörigen die Bestattung im Ausland und übernimmt hierfür die Kosten.

2. Überführung

Wahlweise zu § 3 Nr.1 organisiert der Versicherer die Überführung des Verstorbenen zum Bestattungsort in der Bundesrepublik Deutschland und übernimmt hierfür die Kosten.

§ 4 Sonstige Notfälle

1. Such-, Rettungs- und Bergungskosten

Erleidet die versicherte Person einen Unfall und muss sie deswegen gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstattet der Versicherer hierfür die Kosten bis zu 2.557 Euro.

2. Strafverfolgungsmaßnahmen

Wird die versicherte Person verhaftet oder mit Haft bedroht, ist der Versicherer bei der Beschaffung eines Anwalts und eines Dolmetschers behilflich. In diesem Zusammenhang anfallende Gerichts-, Anwalts- und Dolmetscherkosten verauslagt der Versicherer bis zu einem Gegenwert von 2.557 Euro.

Zusätzlich verauslagt der Versicherer bis zu einem Gegenwert von 12.783 Euro die von den Behörden eventuell verlangte Strafkautions. Die versicherte Person hat die verauslagten Beträge unverzüglich nach Erstattung durch die Behörde oder das Gericht, spätestens jedoch innerhalb von 3 Monaten nach Auszahlung, dem Versicherer zurückzuzahlen.

3. Verlust von Reisezahlungsmitteln/Sperrung von Kreditkarten

Verlust von Reisezahlungsmitteln

a) Gerät die versicherte Person durch den Verlust ihrer Reisezahlungsmittel aufgrund von Diebstahl, Raub oder sonstigem Abhandenkommen in eine finanzielle Notlage, stellt der Versicherer den Kontakt zur Hausbank der versicherten Person her. Sofern erforderlich, ist der Versicherer bei der Übermittlung eines von der Hausbank zur Verfügung gestellten Betrages an die versicherte Person behilflich.

Ist eine Kontaktaufnahme zur Hausbank binnen 24 Stunden nicht möglich, stellt der Versicherer der versicherten Person einen Betrag bis zu 1.534 Euro zur Verfügung. Dieser ist binnen eines Monats nach dem Ende der Reise in einer Summe an den Versicherer zurückzuzahlen.

Hilfe bei der Sperrung von Kreditkarten

b) Bei Verlust von Kreditkarten oder Eurocheque-Karten hilft der Versicherer der versicherten Person bei der Sperrung der Karten. Der Versicherer haftet jedoch nicht für den ordnungsgemäßen Vollzug der Sperrung und die trotz der Sperrung entstehenden Vermögensschäden.

4. Verlust von Reisedokumenten

Bei Verlust von Reisedokumenten aufgrund von Diebstahl, Raub oder sonstigem Abhandenkommen ist der Versicherer bei der Ersatzbeschaffung behilflich und übernimmt bei Ausweispapieren die amtlichen Gebühren.

5. Arzneimittel-/Ersatzbrillenversand

Arzneimittelversand

Benötigt eine versicherte Person wichtige Arzneimittel, die ihr auf der Reise abhandengekommen sind, organisiert der Versicherer die Ersatzpräparate und deren Übersendung. Die Kosten der Ersatzpräparate selbst müssen jedoch binnen eines Monats nach Reiseende an den Versicherer zurückerstattet werden.

b) Ersatzbrillenversand

Hat die versicherte Person auf einer Reise im Ausland ihre Brille oder Kontaktlinsen verloren, sorgt der Versicherer in Abstimmung mit einer ihr nahestehenden Person für die Beschaffung und Zusendung einer Ersatzbrille oder Ersatzkontaktlinsen und übernimmt hierbei die entstehenden Versandkosten, nicht aber die Kosten für die Ersatzbrille oder die Ersatzkontaktlinsen selbst.

6. Benachrichtigungsservice

Gerät die versicherte Person auf einer Reise in eine schwerwiegende Notlage (z.B. Erkrankung, Verhaftung, Unfall), übermittelt der Versicherer auf Wunsch Nachrichten an die der versicherten Person nahestehende Personen und übernimmt die dadurch entstehenden Übermittlungskosten.

7. Hilfe bei Sprachproblemen/Dolmetscherservice

Benötigt die versicherte Person auf einer Reise aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls, eines Todesfalls oder Schwierigkeiten mit Behörden eine Übersetzungshilfe, so ist der Versicherer über seinen 24-Std.-Notrufservice bei den Gesprächen behilflich. Soweit erforderlich, ist der Versicherer auch bei Vermittlung eines amtlich anerkannten Dolmetschers vor Ort behilflich. Die hierfür entstehenden Kosten werden bis zu 154 EUR übernommen.

8. Kostenerstattung bei Reiseabbruch

Ist der versicherten Person die planmäßige Beendigung einer Auslandsreise infolge Todes oder schwerer Erkrankung eines Mitreisenden oder eines nahen Verwandten bzw. wegen einer erheblichen Schädigung des Vermögens der versicherten Person nicht oder nur zu einem anderen als dem ursprünglich vorgesehenen Zeitpunkt zuzumuten, sorgt der Versicherer für die Rückreise der versicherten Person.

Hierbei werden die gegenüber der ursprünglich vorgesehenen Rückreise entstehenden höheren Fahrtkosten bis zu 2.557 EUR je Schadenfall übernommen.

9. Hilfeleistung in Notlagen

Gerät die versicherte Person auf einer Reise in eine besondere Notlage, die in den anderen Bestimmungen des § 4 nicht geregelt ist und zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um einen erheblichen Nachteil für die Gesundheit oder das Vermögen der versicherten Person zu vermeiden, veranlasst der Versicherer die erforderlichen Maßnahmen und übernimmt die hierdurch entstehenden Kosten bis zu 256 Euro je Schadenfall. Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten erstattet der Versicherer nicht.

§ 5 Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle, die während der versicherten Reise außerhalb der Bundesrepublik Deutschland eintreten.

§ 6 Versicherte Personen

1. Versichert ist der Versicherungsnehmer. Bei Abschluss einer Familien-Card sind auch dessen im Antrag namentlich benannter Ehegatte oder Lebenspartner und deren unverheiratete, noch in Ausbildung befindliche Kinder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres versichert. Voraussetzung für die Mitversicherung ist das Zusammenleben der versicherten Personen in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer.

2. Die Versicherung gilt nur für Personen, die ihren Wohnsitz und ständigen Aufenthaltsort in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 7 Risikoausschlüsse

Versicherungsschutz wird nicht gewährt,

1. für Schäden, die durch Aufruhr, Terror, innere Unruhen, Kriegseignisse, Kernenergie*, Verfügungen von hoher Hand oder Erdbeben unmittelbar oder mittelbar verursacht worden sind. Wird die versicherte Person von einem dieser Ereignisse überrascht, besteht Versicherungsschutz innerhalb der ersten 14 Tage seit erstmaligem Ausbrechen, soweit dem Versicherer eine Leistung möglich ist.

2. wenn der Versicherungsfall für die versicherte Person mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar war.

§ 8 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag der Eröffnung des Kreditkartenkontos.

2. Das Versicherungsverhältnis endet nach Ablauf eines Jahres und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn die VISA-Karte nicht vorher gekündigt wird.

3. Endet der Vertrag über die Hauptkarte des Versicherungsnehmers, erlöschen das Versicherungsverhältnis und sämtliche weiteren mit Haupt- und Zusatzkarte verbundenen Versicherungen für alle versicherten Personen zum Ablauf des Versicherungsjahres.

§ 9 Beitrag

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr. Er wird mit Beginn des Versicherungsvertrages am Tag der Kontoeröffnung fällig und ebenso wie die Folgebeiträge vom Kreditkartenkonto des Karteninhabers eingezogen.

§ 10 Forderungsübergang

Die Ansprüche der versicherten Person gegen den Krankenversicherer oder Dritte gehen auf den Versicherer über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat.

§ 11 Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

1. Die versicherte Person hat

a) alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenenerhöhung führen könnte;

b) dem Versicherer jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe seiner Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Original-Belege einzureichen sowie gegebenenfalls die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

2. Wird eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, kann der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei werden.

3. Ist dem Versicherer aufgrund der Obliegenheitsverletzung gemäß § 11 Nr. 1 b) eine Abrechnung mit dem Krankenversicherer oder Dritten nicht möglich, ist er berechtigt, von der versicherten Person die verauslagten Beträge binnen eines Monats in einer Summe zurückzufordern.

§ 12 Besondere Verwirklichungsgründe

Der Versicherer ist von der Entschädigungspflicht frei, wenn

1. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
2. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Ursachen zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind;
3. der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.

§ 13 Zahlung der Entschädigung

1. Ist die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen zu erfolgen. Jedoch kann einen Monat nach Anzeige des Schadens als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist.

2. Die Entschädigung ist seit Anzeige des Schadens mit 1 % unter dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank zu verzinsen, mindestens jedoch mit 4 % und höchstens mit 6 % pro Jahr. Die Verzinsung entfällt, soweit die Entschädigung innerhalb eines Monats seit Anzeige des Schadens gezahlt wird. Zinsen werden erst fällig, wenn die Entschädigung fällig ist.

3. Die Entstehung des Anspruchs auf Abschlagszahlung und der Beginn der Verzinsung verschieben sich um den Zeitraum, um den die Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers dem Grund oder der Höhe nach durch Verschulden der versicherten Person verzögert wurde.

§ 14 Kündigung nach dem Versicherungsfall

1. Nach Eintritt eines Versicherungsfalles können beide Parteien den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären. Sie muss spätestens einen Monat nach dem Abschluss des Schadenfalles zugehen. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten; seine Kündigung wird in keinem Falle vor Beendigung der laufenden Reise wirksam. Kündigt der Versicherungsnehmer, so kann er bestimmen, dass seine Kündigung sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, jedoch spätestens zum Abschluss der laufenden Versicherungsperiode.

2. Hat der Versicherer gekündigt, so ist er verpflichtet, für die noch nicht abgelaufene Versicherungszeit den entsprechenden Anteil der Prämie zu vergüten.

3. Die Kündigung bewirkt gleichzeitig den Wegfall aller weiteren mit der Haupt- und Zusatzkarte verbundenen Versicherungen.

§ 15 Gerichtsstand

Für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für das jeweilige Versicherungsverhältnis zuständigen Niederlassung. Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt oder abgeschlossen, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Agent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte.

Klausel 1 – Vorübergehende Verlegung des Wohnsitzes

Versichert sind auch Personen, die ihren Hauptwohnsitz aus beruflichen Gründen vorübergehend ins Ausland verlegt haben.

Der Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle, die während einer Reise außerhalb der Bundesrepublik Deutschland und außerhalb des Landes, in dem der vorübergehende Hauptwohnsitz besteht, eintreten.

Klausel 2 – Medikamentenversand ins Ausland

Benötigt eine versicherte Person zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit verschreibungspflichtige Arzneimittel, besorgt der Versicherer diese Arzneimittel und übernimmt die Kosten für den Versand, wenn das Medikament oder ein gleichwertiges Präparat an Ort und Stelle nicht zu beschaffen ist.

Nicht versandt werden Medikamente, die als Suchtmittel gelten oder wenn keine Genehmigung zur Ein- bzw. Ausfuhr erlangt werden kann. Über die Notwendigkeit eines Arzneimittelversandes entscheidet ein vom Versicherer beauftragter Arzt, ggf. nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt im Ausland oder dem Hausarzt.

Die Kosten für das Medikament sind nach dem Ende der Reise an den Versicherer zurückzuzahlen.

Klausel 3 – Subsidiarität

Versicherungsschutz besteht subsidiär zu anderweitig bestehenden Versicherungen; andere Verträge gehen diesem Vertrag also vor, sofern dort dieselbe Gefahr versichert ist. Dem Versicherten steht es frei, welchem Versicherer er den Schadenfall anzeigt. Meldet er den Schadenfall der HUK-COBURG, wird diese bei bestehender Eintrittspflicht auf Wunsch in Vorleistung treten.

* Der Ersatz dieser Schäden richtet sich ausschließlich nach dem Atomgesetz.