

**Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung der HanseMerkur Reiseversicherung AG  
für Saisonarbeitskräfte VB-KV 2008 (REA)**

**§ 1 - Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit**

1. Versichert sind die in der Versicherungsanmeldung (Meldeliste) namentlich aufgeführten Personen.
2. Versicherungsfähig sind:
  - a) Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die sich nur vorübergehend als Saisonarbeitskräfte in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten;
  - b) Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, wenn sie seit mehr als zwei Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben und sich nur vorübergehend als Saisonarbeitskräfte in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten.

**§ 2 - Abschluss, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages**

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist innerhalb von 14 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Ablauf der Frist von 14 Tagen ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht möglich.
2. Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur dann verlängert werden, wenn der Antrag auf Verlängerung vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages beim Versicherer vorgelegt hat. Bei Ausdehnung besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
3. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 91 Tage. Eine Verlängerung ist nicht möglich.
4. Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme der vollständig ausgefüllten Meldeliste zustande. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrages sowie die zu versichernden Personen enthält. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller.
5. Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie abgebucht, so steht der Betrag dem Absender - unter Abzug der Kosten des Versicherers - zur Verfügung.
6. Sofern die Reise vorzeitig abgebrochen wird, kann die für die entsprechende Zeit (Rückzahlungszeitraum) nicht verbrauchte Prämie zurückvergütet werden, falls der Rückzahlungszeitraum mindestens zehn Tage umfasst. Eine solche Rückvergütung ist aber nur möglich, wenn keine Leistungen in Anspruch genommen werden. Der Versicherungsnehmer muss innerhalb 14 Tagen nach Abbruch der Reise einen entsprechenden Antrag stellen, dem ein Nachweis über die vorzeitige Rückkehr der versicherten Person beizulegen ist.

**§ 3 - Prämie**

1. Die Prämie ist eine Einmalprämie und 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, Abschluss, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes**

- Der Versicherungsschutz
1. besteht für versicherte Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.
  2. beginnt mit dem in der Meldeliste angegebenen Zeitpunkt, sofern die Anmeldung innerhalb der genannten Frist von 14 Tagen nach der Einreise erfolgt und der Meldeliste eine Einzugsermächtigung für die Prämie beigefügt worden ist, jedoch nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, nicht vor Zahlung der Prämie und nicht vor Eingang der Meldeliste beim Versicherer bzw. bei dem vom Versicherer beauftragten Makler. Bei einer verspäteten Meldung besteht kein Versicherungsschutz. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
  3. endet - auch für schwabende Versicherungsfälle - zum vereinbarten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit der Ausreise aus dem Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

**§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht**

1. Bei Eintritt des Versicherungsfalles innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Ersatz der Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonstige vereinbarte Leistungen im tariflichen Rahmen gewährt.
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 medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie Tod.
3. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin in Deutschland überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, der Meldeliste, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
5. Die HanseMerkur erstattet die während des Aufenthaltes in Deutschland entstandenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung infolge von auf der Reise eintretenden Krankheiten und Unfällen im Rahmen der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenord-

nung für Zahnärzte (GOZ). Des Weiteren werden die Mehrkosten für medizinisch sinnvollen, ärztlich angeordneten Krankenrücktransport und die Kosten der Überführung oder Bestattung bei Tod erstattet. Der versicherten Person steht die Wahl unter den gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte berechnen.

6. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
  - a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburte), Behandlungen wegen Fehlgeburten sowie medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbrüche;
  - b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
  - c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
  - d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik;
  - e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
  - f) Röntgendiagnostik;
  - g) unaufschiebbare stationäre Behandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, welche im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführt oder Rekonvaleszenten aufnimmt.
  - h) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus bzw. Arzt und zurück in die Unterkunft;
  - i) unaufschiebbare Operationen;
  - j) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, sofern diese durch einen Zahnarzt durchgeführt oder verordnet werden.

7. Rücktransport  
Der Versicherer ersetzt die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt wird:

- a) der Rücktransport wird vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet und ist medizinisch sinnvoll und vertretbar.  
Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
  - b) nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich noch 14 Tage;
  - c) die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport. Der Versicherer übernimmt auch die Kosten für eine mit-versicherte Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.
8. Überführungs- und Bestattungskosten  
Der Versicherer erstattet:
- a) Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 10.000 EUR oder
  - b) Bestattungskosten in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000 EUR.

9. Nachleistung  
Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.

**§ 6 - Einschränkung der Leistungspflicht**

1. Keine Leistungspflicht besteht
  - a) für die Behandlungen in Deutschland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
  - b) für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;
  - c) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - d) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
  - e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
  - f) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - g) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eintretenden Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
  - h) für Aufwendungen, die durch Behandlungsmethoden und Arzneimittel entstehen, die weder in der Bundesrepublik Deutschland noch im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind; Hiervon ausgenommen sind Leistungen gemäß § 5 Ziffer 3;
  - i) für Hilfsmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, sofern sie nicht allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
  - j) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - k) für Behandlungen durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - l) eine durch Sichtung, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
  - m) für Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;

- n) für Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufzähnebeläge und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen;
  - o) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
  - p) für Immunisierungsmaßnahmen;
  - q) für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
  - r) für Selbstmord, Selbstmordversuche und deren Folgen;
  - s) für Vorsorgeuntersuchungen;
  - t) für Organspenden und deren Folgen.
2. Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
- a) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
  - b) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die HanseMerkur arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
3. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Bürgerkrieg, kriegsähnliche Ereignisse, Streik, Kernenergie, Beschlagnahme, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand.
4. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, oder übersteigen die Kosten einer Heilbehandlung das ortsübliche Maß, so kann die HanseMerkur ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
5. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, kann der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhausaufgelege, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

**§ 7 - Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

1. Obliegenheiten  
Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, nach Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalles a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerrhöhung führen könnte; b) den Schaden der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, unter Einreichung sämtlicher relevanter Buchungunterlagen 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 stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unverzüglich Kontakt zum weltweiten Notfall-Service der HanseMerkur aufzunehmen; e) dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn die HanseMerkur den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.
2. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzung:  
Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers / der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

**§ 8 - Auszahlung der Versicherungsleistungen**

1. Erstattet werden die in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten nach Maßgabe von § 8 Ziffer 8.
2. Als Kostennachweise sind bezahlte Originalbelege einzureichen, die Angaben enthalten müssen über
  - a) den Namen und die Anschrift des Behandlers;
  - b) den Namen der behandelten Person;
  - c) die Krankheitsbezeichnung;
  - d) den Behandlungszeitraum;
  - e) die Art der erbrachten Leistungen.
3. Bei einem ärztlich angeordneten Rücktransport ist zur Prüfung ein Attest des im Ausland behandelnden Arztes über die Notwendigkeit mit einzureichen. Hiervon unberührt bleibt die Notwendigkeit der Abstimmung mit dem Gesellschaftsarzt.
4. Bei einer Überführung bzw. bei einer Bestattung im Ausland sind eine Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung mit Angaben über die Todesursache mit einzureichen.
5. 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.
6. 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 gemindert, solange die Prüfungen des Anspruchs durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
7. 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 des Leistungsumfanges nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gemindert. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der HanseMerkur nicht entbunden werden.
8. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der HanseMerkur eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
9. 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. Wird diese Obliegenheit verletzt, ergeben sich die Rechtsfolgen aus § 7 Ziffer 2.
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. Wird diese Obliegenheit verletzt, ergeben sich die Rechtsfolgen aus § 7 Ziffer 2.

**§ 10 - Aufrechnung**

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

**§ 11 - Willenserklärung und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der 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 überschussberechtig.