

A Allgemeiner Teil – gültig für alle Versicherungen

1. Welche Personen sind versichert/versicherungsfähig?

1.1 Die im Versicherungsschein namentlich genannte Person ist versichert als ausländische(r) Teilnehmer/-in am Programm des PAD für Fremdsprachenassistentenkräfte in Deutschland oder als Teilnehmer/-in an einem Weiterbildungsprogramm des PAD im Ausland.

1.1.1 Versicherungsfähig sind Personen bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres.

1.2 Nicht versicherungsfähig und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

Ferner Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.

2. Für welche Aufenthalte und Reisen gilt die Versicherung (Geltungsbereich)?

2.1 Innerhalb der vereinbarten Laufzeit der Versicherung gilt der Versicherungsschutz für eine versicherte Person:

2.1.1 mit Heimatland Deutschland:

- für die Dauer des Aufenthaltes außerhalb Deutschlands,
- und auch für insgesamt maximal 6 Wochen während der Laufzeit des PAD-Programms für Urlaube im Heimatland.

2.1.2 mit Heimatland außerhalb Deutschlands:

- für die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, der EU einschließlich der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island,
- und auch für insgesamt maximal 6 Wochen während der Laufzeit des PAD-Programms für Urlaube im Heimatland.

2.2 Als Heimatland gilt das Land, in welchem die versicherte Person seit mindestens zwei Jahren vor Versicherungsbeginn ihren ständigen Hauptwohnsitz hatte.

3. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz/die Versicherung?

3.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), nicht vor Grenzüberschreitung und nicht vor Ablauf von evtl. Wartezeiten. Wartezeiten rechnen ab Versicherungsbeginn bzw. bei Anschlussverträgen vom Beginn des Anschlussvertrages an.

3.2 Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise in das jeweilige Reiseland zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen.

3.3 Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind bzw. bereits bestanden haben, wird nicht geleistet.

3.4 Der Versicherungsschutz endet – in der Reisekrankenversicherung auch für schwebende Versicherungsfälle – nach Beendigung des Aufenthaltes mit der Rückkehr ins Heimatland, spätestens jedoch mit dem vereinbarten Zeitpunkt.

3.5 Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherbarkeit gem. Ziff. 1.2 Teil A nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherbare Person dennoch Prämie gezahlt, so wird diese innerhalb von 30 Tagen zurückerstattet.

4. Welche Laufzeit hat der Vertrag und wann ist die Prämie zu zahlen? Wie ändert sich die Prämie ab dem 366. Tag?

4.1 Der Versicherungsvertrag der versicherten Person für das PAD-Programm kann höchstens für die Dauer von insgesamt 730 Tagen abgeschlossen werden. Die maximale Versicherungsdauer von 730 Tagen kann gleich zu Beginn des Versicherungsvertrages beantragt werden. Sofern zunächst eine kürzere Versicherungsdauer beantragt wurde, kann während des laufenden Versicherungsvertrages eine Verlängerung bis zur maximalen Versicherungsdauer beantragt werden. Der Antrag ist spätestens 14 Tage vor Ablauf des Versicherungsvertrages zu stellen. Im Einzelfall kann eine Zustimmung des Versicherers erforderlich sein. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt und endet nach 365 Tagen. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen und enden zu diesem Zeitpunkt.

4.2 Für eine privat veranlasste Reise der versicherten Person im direkten Anschluss an das absolvierte PAD-Programm kann diese eine Verlängerung des Versicherungsschutzes für bis zu maximal 90 Tage beantragen. Der Antrag auf Verlängerung ist spätestens 14 Tage vor Ablauf der regulären Versicherungsdauer zu stellen und bedarf der Zustimmung des Versicherers. Die Höhe der Tagesprämie für die Anschlussversicherung richtet sich nach der Gesamtversicherungsdauer der versicherten Person.

4.3 Bei Vertragsverlängerung besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung neu eingetreten sind.

4.4 Der Versicherungsvertrag kann vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person täglich zum Folgetag gekündigt werden. Er endet außerdem zum vereinbarten Versicherungsablauf, wenn die versicherte Person nicht ausreist, oder zum Ausreisezeitpunkt, wenn der Aufenthalt vorzeitig beendet wird. Auf Verlangen ist die Nichtausreise oder die vorzeitige Beendigung des Aufenthaltes innerhalb von zwei Wochen nachzuweisen.

4.5 Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die versicherte Person hat das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist vor Ablauf des Versicherungsvertrages abzugeben.

4.6 Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

4.7 Die Folgeprämien sind jeweils für den entsprechenden Versicherungszeitraum im Voraus fällig.

Ist eine Lastschriftinzugermächtigung erteilt, wird die Prämie vom Konto des Versicherungsnehmers abgebucht, sonst ist die Prämie zu überweisen. Kann die Folgeprämie zu diesem Termin nicht abgebucht werden oder wird diese nicht gezahlt, kann der Versicherer in Textform und auf Kosten des Versicherungsnehmers eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn der Versicherer die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet.

4.8 Ab dem 366. Tag erhöht sich die Tagesprämie gemäß dem vereinbarten Tarif.

5. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

Nicht versichert sind Schäden durch Streik, Innere Unruhen, Kriegsereignisse, Kernenergie, Eingriffe von hoher Hand, Teilnahme an Expeditionen und Vorsatz.

6. Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten (Obliegenheiten)?

6.1 Die versicherte Person ist verpflichtet,

6.1.1 den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden;

- 6.1.2 den Schaden unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen;
- 6.1.3 aufgrund der mit dem Versicherer getroffenen Vereinbarung nach Eintritt des Versicherungsfalles jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit).
- Weiterhin hat die versicherte Person dem Versicherer die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit zu ermöglichen, als die versicherte Person alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass zum Nachweis die Rechnungsbelege im Original eingereicht werden, die Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden und es dem Versicherer gestattet wird, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen. Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht der versicherten Person, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

6.2 Die versicherte Person hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Versicherung einzureichen.

6.3 Macht die versicherte Person entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellt die versicherte Person dem Versicherer vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung oder verletzt sie bedingungsgemäß vertragliche Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstößt die versicherte Person grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.

Trotz Verletzung der Obliegenheiten der versicherten Person zur Auskunft, zur Aufklärung, zur Beschaffung von Belegen oder sonstiger vertraglicher Obliegenheiten, bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, wenn die versicherte Person nachweist, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat. Verletzt die versicherte Person die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

7. Was gilt, wenn die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte hat?

7.1 Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf den Versicherer über, soweit der versicherten Person daraus kein Nachteil entsteht.

7.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, in diesem Rahmen Ersatzansprüche an den Versicherer abzutreten.

7.3 Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage von Rechnungsbelegen im Original zunächst den Versicherer in Anspruch, tritt dieser in Vorleistung.

8. Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Versicherungsleistung?

Der Versicherer wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles den Versicherer durch unzutreffende Angaben über Umstände täuscht oder zu täuschen versucht, die für die Leistungspflicht nach Grund und/oder Höhe von Bedeutung sind.

9. Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen bedürfen der Textform und sind an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle zu richten.

10. Welches Gericht ist zuständig? Welches Recht findet Anwendung?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung des Versicherers. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk die versicherte Person zur Zeit der Klagerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die versicherte Person müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für den Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person zuständig ist.

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

B Bedingungen für die Reisekrankenversicherung

1. Was ist versichert?

1.1 Versichert sind die Kosten

1.1.1 der Heilbehandlung

1.1.2 des Krankentransports

1.1.3 der Überführung bei Tod

bei akut eintretenden Krankheiten und Unfallfolgen während des Aufenthaltes.

2. Was sind Wartezeiten?

2.1 Die Wartezeit definiert einen Zeitraum, in welchem keine Leistungspflicht für den Versicherer besteht. Dieser Ausschluss der Leistungspflicht kann sich auf einzelne Bereiche beschränken oder aber generell gelten. Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn und bei Anschlussverträgen vom Beginn des Anschlussvertrages an.

3. Welche Kosten werden bei Heilbehandlung im Geltungsbereich erstattet?

Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für die im Geltungsbereich notwendige ärztliche Hilfe, jeweils im Rahmen der in dem Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen und Höchstbeträgen. Innerhalb Deutschlands werden ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen gem. Ziff. 3 Teil B höchstens mit dem 2,3-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vergütet; überwiegend medizinisch-technische Leistungen (Abschnitte A, E und O) werden höchstens mit dem 1,8-fachen Satz vergütet, Laborleistungen (Nummer 437 sowie Abschnitt M) höchstens mit dem 1,15-fachen Satz. Die Kosten stationärer Behandlung laut Ziff. 3.4 Teil B werden nach dem jeweils geltenden Regelsatz der gebietszuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse erstattet.

Der Versicherer erstattet die Kosten der Heilbehandlung über die vereinbarte Laufzeit der Versicherung hinaus bis zum Tag der Transportfähigkeit, sofern ein Rücktransport bis zum Ende der vereinbarten Laufzeit des Versicherungsschutzes wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist, max. für die Dauer von 90 Tagen nach Versicherungsende.

Dazu gehören die Kosten für:

3.1 ambulante Behandlung durch einen Arzt.

3.2 Heilbehandlungen sowie Arznei- und Verbandmittel, die der versicherten Person ärztlich verordnet wurden.

3.3 im Ausland auftretende Schwangerschaftskomplikationen sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche, soweit bei bekannten Schwangerschaften die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen von einem normalen Verlauf der Schwangerschaft ausgingen und bei Reisebeginn nicht absehbar oder geplant war, dass bei planmäßiger Durchführung der Reise Behandlungsbedürftigkeit bestehen wird.

Die Kosten, die durch eine Geburt und die Behandlung des Neugeborenen entstehen, sind nicht versichert.

3.4 die stationäre Behandlung im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbarer Operationen, Unterkunft und Verpflegung. Bei Behandlung in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) und ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).

3.5 den medizinisch notwendigen Krankentransport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus im Geltungsbereich. Ebenso werden die Kosten übernommen, wenn sich eine

- stationäre Behandlung im Nachhinein als nicht erforderlich erweist und die weitere Behandlung ambulant erfolgt.
- 3.6 unfallbedingt erforderliche Hilfsmittel, in einfacher Ausführung bis zu insgesamt maximal 250,00 EUR im vereinbarten Versicherungszeitraum.
 - 3.7 schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (Amalgamfüllungen) bis zu insgesamt maximal 500,00 EUR im vereinbarten Versicherungszeitraum.
 - 3.8 Zahnersatz, Reparatur von Zahnersatz sowie Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz bis 50 % des Rechnungsbetrages, maximal jedoch insgesamt 500,00 EUR im vereinbarten Versicherungszeitraum.
 - 3.9 medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung.
 - 3.10 ärztlich verordnete Heilmittel bis zu insgesamt maximal 250,00 EUR im vereinbarten Versicherungszeitraum.
 - 3.11 ärztlich verordnete, unfallbedingte und behandlungsbedingte Hilfsmittel zur Fixierung von Körperteilen (z.B. Gehgips, Liegeschalen, Bandagen) sowie Gehstützen bis zu insgesamt maximal 250,00 EUR im vereinbarten Versicherungszeitraum.
 - 3.12 ambulante, ärztliche Erstbehandlung bei erstmalig akut auftretenden psychischen Erkrankungen bis zu insgesamt maximal 1.200,- EUR im vereinbarten Versicherungszeitraum.
4. **Welche Kosten erstattet der Versicherer bei Krankenrücktransport und Überführung?**
 - 4.1 Der Versicherer ersetzt die Mehraufwendungen bis zu insgesamt maximal 25.000,- EUR für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern eine der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt wird:
 - 4.1.1 Der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar;
 - 4.1.2 Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich noch 14 Tage;
 - 4.1.3 Die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport.
 - 4.2 Der Versicherer ersetzt die unmittelbaren Kosten für die Überführung des verstorbenen Versicherten in sein Heimatland zur Bestattung bis zu insgesamt maximal 25.000,- EUR oder die unmittelbaren Kosten der Bestattung vor Ort maximal bis zur Höhe der Überführungskosten.
 5. **Welche Kosten erstattet der Versicherer bei krankheitsbedingtem Zurückbleiben?**

Der Versicherer ersetzt die Mehraufwendungen einschl. Nachreisekosten bis zu insgesamt maximal 80,00 EUR im vereinbarten Versicherungszeitraum, sofern die versicherte Person aufgrund einer schweren Erkrankung von der Reisegruppe Zurückbleiben muss.
 6. **Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?**

Kein Versicherungsschutz besteht für

 - 6.1 Heilbehandlungen und andere ärztlich bzw. zahnärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für den Aufenthalt sind;
 - 6.2 Krankheiten einschließlich deren Folgen, die innerhalb von 12 Monaten vor Versicherungsbeginn, bereits diagnostiziert oder der versicherten Person bekannt waren. Dies gilt auch für Schwangerschaften, bei denen die Konzeption (Befruchtung) bereits vor Versicherungsbeginn lag. Ferner auch Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor Reiseantritt oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt waren oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste.
 - 6.3 Behandlungen von Tuberkulose, Diabetes, Tumoren sowie für Dialysebehandlungen, sofern die Erkrankung bzw. die Behandlungsnotwendigkeit bereits bei Versicherungsbeginn bestand oder bekannt war;
 - 6.4 Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - 6.5 Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnersatz und Provisorien hinausgehen, wie Neuanfertigung von Zahnersatz (Ausnahme: Ziffer 3.8 Teil B) einschließlich Kronen, Zahnkosmetik sowie kieferorthopädische und implantologische Maßnahmen;
 - 6.6 Massagen- und Wellness-Behandlungen sowie die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln, soweit Versicherungsschutz nicht ausdrücklich vereinbart ist;
 - 6.7 Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten und deren Folgen einschließlich Krankenrücktransport;
 - 6.8 Unfall- oder Krankheitskosten hervorgerufen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Missbrauch von Alkohol, Drogen, Rausch- oder Betäubungsmitteln, Schlaftabletten oder sonstigen narkotischen Stoffen beruhen;

- 6.9 Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
 - 6.10 Schwangerschaftsunterbrechungen, soweit nicht medizinisch indiziert und deren Folgen einschließlich Krankenrücktransport;
 - 6.11 durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung einschließlich Krankenrücktransport;
 - 6.12 die Behandlung von Geistes- und Gemütskrankheiten, sowie Hypnose und Psychotherapie (Ausnahme: Ziffer 3.12 Teil B) einschließlich der hierfür verwendeten Arzneimittel und Krankenrücktransport;
 - 6.13 Kur- und Sanatoriumsbehandlungen;
 - 6.14 Kosten aufgrund eines Suizids oder eines Suizidversuchs;
 - 6.15 weder im jeweiligen Aufenthaltsland noch in der Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden.
7. **Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?**

(Ergänzung zu den in Ziffer 6 Teil A aufgeführten Obliegenheiten)

Die versicherte Person ist verpflichtet,

 - 7.1 im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie vor Abgabe von Zahlungsanerkennnissen unverzüglich Kontakt zum Versicherer aufzunehmen;
 - 7.2 ihrem Rücktransport oder der Rückführung in ihr Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn der Versicherer den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt;
 - 7.3 die entsprechenden Belege einzureichen. Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den 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 Behandlungen tragen.
 8. **Welche zusätzlichen Regelungen gelten für den Versicherungsschutz der Krankenversicherung während eines Aufenthaltes im Ausland?**

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in EUR umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der Kurs gemäß den „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, der Versicherte weist durch Bankbeleg nach, dass er die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigerem Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

C Bedingungen für die Reiseunfallversicherung

1. **Was ist versichert? Was ist ein Unfall?**
 - 1.1 Der Versicherer erbringt, soweit vereinbart, Versicherungsleistungen aus der vereinbarten Versicherungssumme, wenn ein Unfall während des versicherten Aufenthaltes zum Tod oder zu dauernder Invalidität der versicherten Person führt, sowie für Bergungskosten.
 - 1.2 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
2. **Welche Versicherungssummen gelten vereinbart?**

Folgende Versicherungssummen gelten für die einzelnen Leistungsarten vereinbart:

 - 2.1 Invalidität: 30.000,- EUR mit einer Progression von 350 %; die maximale Leistung bei Vollinvalidität (100%) beträgt 105.000,- EUR;
 - 2.2 Unfall-Tod: 5.000,- EUR;
 - 2.3 Bergungskosten: 5.000,- EUR.
3. **Unter welchen Voraussetzungen besteht kein Versicherungsschutz?**

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

 - 3.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseins-

störungen, auch soweit diese auf Trunkenheit 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 diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.

- 3.2 Unfälle, die der versicherten Person bei vorsätzlicher Ausführung einer Straftat oder dem Versuch einer Straftat zustoßen;
- 3.3 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- 3.4 Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräte) sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- 3.5 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen und andere im Einverständnis mit der versicherten Person vorgenommene Eingriffe in ihren Körper, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt;
- 3.6 Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Infektionen und Vergiftungen;
- 3.7 Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass der Unfall die überwiegende Ursache ist;
- 3.8 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

4. Welche Leistung erbringt der Versicherer bei Tod der versicherten Person?

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod der versicherten Person, zahlt der Versicherer die vereinbarte Versicherungssumme an die Erben.

5. Welche Leistung erbringt der Versicherer bei dauernder Invalidität der versicherten Person?

Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht ein Anspruch aus der für den Invaliditätsfall versicherten Grundsumme mit einer progressiven Invaliditätsstafel von 350 %.

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

- 5.1 Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.
- 5.2 Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität. Als feste Invaliditätsgrade gelten unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität:

5.2.1 bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile oder Sinnesorgane	
Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchs- oder Geschmackssinn	10 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes. Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit mehrerer Körperteile (z.B. Hand und Finger; Fuß und Bein) der gleichen Extremität, ist bei der Bemessung des Invaliditätsgrades vom übergeordneten Körperteil (Handwert und nicht Fingerwert) auszugehen. Eine Addition der Prozentwerte des Invaliditätsgrades der betroffenen Körperteile der gleichen Extremität erfolgt nicht. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt dies entsprechend.

- 5.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind aus-

schließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

- 5.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziff. 5.2.1 und 5.2.2 Teil C zu bemessen.
- 5.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammen gerechnet. Dies gilt nicht für Ziff. 5.2.1 Teil C. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 5.2.5 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- 5.2.6 Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder später als ein Jahr nach dem Unfall und war der Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

6. Welchen Vorteil hat die vereinbarte progressive Invaliditätsstafel von 350 %?

Führt ein Unfall gem. Ziff. 1 Teil C nach den Bemessungsgrundsätzen gem. Ziff. 5.2.1 und 5.2.2 Teil C zu einer dauernden Invalidität (s. Ziff. 5 Teil C), werden bei der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die einfache Invaliditätssumme,
- b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

7. Welche Leistung erbringt der Versicherer bei Bergung der versicherten Person?

Der Versicherer leistet im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für Such-, Rettungs- und Bergungskosten, wenn die versicherte Person nach einem Unfall gerettet oder geborgen werden muss, oder wenn die versicherte Person vermisst wird und zu befürchten ist, dass ihr etwas zugestoßen ist.

8. Welche Einschränkungen gibt es bei der Leistung?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch den Unfall 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.

9. Was ist nach Eintritt eines Unfalls zu unternehmen? (Ergänzung zu den in Ziffer 6 Teil A aufgeführten Obliegenheiten)

- 9.1 Die versicherte Person ist verpflichtet,
 - 9.1.1 sich von den durch den Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen; die für die Untersuchung notwendigen Kosten trägt der Versicherer.
 - 9.1.2 die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer und Behörden von der Schweigepflicht zu entbinden;
 - 9.1.3 den Versicherer mindestens einen Monat vor der Abreise aus Deutschland den Tag der beabsichtigten Ausreise in ihr Heimatland mitzuteilen.
- 9.2 Hat der Unfall den Tod der versicherten Person zur Folge, ist dem Versicherer dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn diesem der Unfall schon angezeigt war. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

10. Wann zahlt der Versicherer die Versicherungsleistung wegen dauernder Invalidität?

- 10.1 Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen sind, ist er verpflichtet, innerhalb von drei Monaten zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.
- 10.2 Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb von zwei Wochen.
- 10.3 Innerhalb eines Jahres nach dem Unfall kann die Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens nur bis zur Höhe der Todesfallsumme beansprucht werden.
- 10.4 Die versicherte Person und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss vom Versicherer mit Abgabe der Erklärung entsprechend Ziff. 10.1 Teil C von der versicherten Person vor Ablauf der Frist ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

D Bedingungen für die Reisehaftpflichtversicherung

1. Welches Risiko übernimmt der Versicherer?

Der Versicherer bietet, sofern vereinbart, Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens bis zur vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während des Aufenthaltes wegen eines Schadenereignisses aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Schadenereignisse sind Tod, Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden).

Ebenfalls mitversichert sind Vermögensschäden, die sich aus einem versicherten Personen- oder Sachschaden ergeben haben. Ferner Mietsachschäden an geliehenen oder gemieteten Sachen (außer Kraftfahrzeugen aller Art) und der Schlüsselverlust von fremden privaten Schlüsseln.

2. Welche Deckungssummen gelten vereinbart?

Folgende Deckungssummen gelten vereinbart:

- 2.1. 3.000.000,- EUR pauschal für Personen- und Sachschäden;
- 2.2. 50.000,- EUR für Vermögensschäden;
- 2.3. 1.000,- EUR für Mietsachschäden an geliehenen oder gemieteten Sachen (außer Kraftfahrzeugen aller Art); Selbstbehalt 50,00 EUR je Versicherungsfall;
- 2.4. 500,- EUR für den Verlust von fremden privaten Schlüsseln; Selbstbehalt 50,00 EUR je Versicherungsfall.

3. In welcher Weise schützt der Versicherer die versicherte Person vor Haftpflichtansprüchen, und in welchem Umfang leistet der Versicherer Entschädigung?

- 3.1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens, insbesondere:
 - 3.1.1 als Familien- und Haushaltsvorstand (z.B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige)
 - 3.1.2 als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb)
 - 3.1.3 aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in Ziff. 6.3 Teil D genannten Sportarten)
 - 3.1.4 als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sind nicht versichert)
- 3.2. Umfang der Leistung
 - 3.2.1 Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadenersatzansprüche und die Freistellung der versicherten Person von berechtigten Schadenersatzansprüchen. Berechtig sind Schadenersatzansprüche dann, wenn die versicherte Person aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleichs zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die von der versicherten Person ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen worden sind, binden den Versicherer nur, insoweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte. Ist die Schadenersatzverpflichtung der versicherten Person mit bindender Wirkung für den Versicherer festgestellt, hat der Versicherer die versicherte Person binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freizustellen. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadenersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers oder des Mitversicherten auf seine Kosten.
 - 3.2.2 Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person vom Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt er die gebührenordnungsmäßigen oder die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.
 - 3.2.3 Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, hat der Versicherer für den daraus entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.
 - 3.2.4 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Deckungssummen begrenzt.

Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt. Für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist die Entschädigungsleistung auf das Einfache der vereinbarten Deckungssummen begrenzt.

- 3.2.5 Mehrere zeitlich zusammenhängende Versicherungsfälle aus derselben Ursache gelten als ein Versicherungsfall. Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht auf die Deckungssummen angerechnet. Übersteigen die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Deckungssumme, trägt der Versicherer die Prozesskosten im Verhältnis der Deckungssummen zur Gesamthöhe dieser Ansprüche. Hat die versicherte Person an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Deckungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Deckungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Deckungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente von dem Versicherer erstattet. Für die Berechnung des Rentenwertes gilt die entsprechende Vorschrift der Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles. Bei der Berechnung des Betrages, mit dem die versicherte Person sich an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Deckungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restdeckungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Deckungssumme abgesetzt.

- 3.2.6 Die Reisehaftpflichtversicherung gilt subsidiär, d.h. Voraussetzung für die Erbringung einer Leistung ist, dass ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistung erbracht hat, diese aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht hat. Ein Anspruch aus der Reisehaftpflichtversicherung besteht somit nicht, soweit die versicherte Person Ersatz aus einem konkurrierenden, anderen, eigenen oder fremden, vor oder nach Abschluss dieses Vertrages geschlossenen Versicherungsvertrag beanspruchen kann.

4. Inwieweit sind Mietsachschäden mitversichert?

- 4.1. Eingeschlossen ist – abweichend von Ziffer 6.5.1 Teil D - die gesetzliche Haftpflicht aus der Beschädigung von Sachen, mit Ausnahme von Kraftfahrzeugen aller Art, die zu privaten Zwecken gemietet oder geliehen wurden.
 - 4.2. Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche wegen:
 - 4.2.1 Abnutzung, Verschleißes und übermäßiger Beanspruchung;
 - 4.2.2 Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie Elektro- und Gasgeräten;
 - 4.2.3 Schäden an elektronischen Geräten aller Art (z. B. PC, Netbook, Laptop, etc.);
 - 4.2.4 Glasschäden, soweit sich die versicherte Person hiergegen besonders versichern kann;
 - 4.3. Ebenso ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche, die unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Versicherungsfällen fallenden Rückgriffsansprüche.
 - 4.4. Deckungssumme und Selbstbehalt gem. Ziffer 2 Teil B.

5. Inwieweit ist Schlüsselverlust mitversichert?

- 5.1. Eingeschlossen ist – abweichend von Ziffer 6.5.1 Teil D – die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von fremden privaten Wohnungsschlüsseln, die sich rechtmäßig im Gewahrsam der versicherten Person befunden haben.
- 5.2. Der Versicherungsschutz umfasst die Kosten für die notwendige Auswechslung von Schlössern und Schließanlagen sowie vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (Notschloss) und – falls erforderlich – einen Objektschutz bis zu 7 Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an welchem der Verlust des Schlüssels festgestellt wurde.
 - 5.3. Ausgeschlossen bleiben:
 - 5.3.1 Folgeschäden, die sich aus einem Schlüsselverlust ergeben (z. B. Einbruch);
 - 5.3.2 bei Wohnungseigentümern die Kosten für die Auswechslung der im Sondereigentum stehenden Schlösser und den Miteigentumsanteil an dem gemeinschaftlichen Eigentum (Eigenschaden); Versichert sind jedoch bei Sondereigentümern Haftpflichtansprüche der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer, die wegen des Verlustes von Schlüsseln der im Gemeinschaftseigentum stehenden Schlösser bzw. Schließanlagen gegen den Versicherten erhoben werden.
 - 5.3.3 die Haftungen aus dem Verlust von Schlüsseln zu beweglichen Sachen (auch Tresor- und Möbelschlüssel)

- 5.3.4 Schäden, die sich ergeben aus dem Verlust von Schlüsseln zu
- Gebäuden, die der Versicherte im Ganzen für eigene – auch eigene gewerbliche, betriebliche oder freiberufliche – Zwecke nutzt oder besitzt (sonstige Eigenschäden);
 - Gebäuden, Wohnungen, Räumen oder Garagen, deren Betreuung (z. B. Verwaltung, Bewachung, Objektschutz, Reinigung) Gegenstand der gewerblichen, betrieblichen oder beruflichen Tätigkeit des Versicherten ist.
- 5.4. Deckungssumme und Selbstbehalt gem. Ziffer 2 Teil B.
- 6. Welche Risiken sind nicht versichert?**
- Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf
- Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen.
 - Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.
 - Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfe, Kampfsport wie Judo, Kungfu und dgl. sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu.
 - Glasschäden.
 - Haftpflichtansprüche wegen Schäden
 - an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat, oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
 - die an fremden Sachen durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der versicherten Person an oder mit diesen Sachen (z.B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei Schäden an fremden unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile unmittelbar Gegenstand der Tätigkeit gewesen sind.

Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer wie für die durch den Versicherungsvertrag mitversicherten Personen.

Die Erfüllung von Verträgen und die an die Stelle der Erfüllungstretende Ersatzleistung ist nicht Gegenstand der Haftpflichtversicherung, auch dann nicht, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt, desgleichen nicht der Anspruch aus der gesetzlichen Gefahrtragung (für zufälligen Untergang und zufällige Verschlechterung).
 - Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den von der versicherten Person (oder in ihrem Auftrage oder für ihre Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen.
 - Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z.B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlung sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- oder Maserstrahlen.
 - Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
 - Haftpflichtansprüche
 - aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind),
 - zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages,
 - von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen,
 - von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften,
 - von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine,
 - von Liquidatoren.
 - Die Ausschlüsse unter Ziff. 6.9.2 – 6.9.6 Teil D erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, wenn sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.
 - Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person besonders gefährdende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangt hatte, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigten. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährdender.
 - Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen sowie Sachschäden, die durch Krankheit der versicherten Person herbeigeführt werden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind.
 - Haftpflichtansprüche aus Schäden an beweglichen Gegenständen (z.B. Bilder, Mobiliar, Fernsehapparate, Geschirr, Teppiche, etc.) in dem von der Gastfamilie bewohnten Haus oder der von der Gastfamilie bewohnten Wohnung (Haupt-, Neben- und Urlaubswohnsitz), einschließlich des hierzu gehörenden Grundstücks und der hierauf befindlichen Nebengebäude oder Nebenräume.
 - die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.
 - die Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd.
 - die Haftpflicht aus der Ausübung eines Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art.
 - die Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte.
- 7. Was muss die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles unbedingt beachten? (Obliegenheiten)**
- (Ergänzung zu den in Ziffer 6 Teil A aufgeführten Obliegenheiten)*
- Versicherungsfall ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.
- Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadenersatzansprüche erhoben wurden.
 - Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch erhoben, ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet, ein Mahnbescheid erlassen oder ihr gerichtlich der Streit verkündet, hat sie dies ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.

Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz muss die versicherte Person fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weisung des Versicherers bedarf es nicht.
 - Die versicherte Person hat außerdem dem Versicherer anzuzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.
 - Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisung des Versicherers nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen soweit es der versicherten Person zumutbar ist und alles zu tun, was zur Aufklärung des Schadenfalls dient. Sie hat ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadenbericht zu erstatten und alle Umstände, die mit dem Schadenereignis in Zusammenhang stehen, mitzuteilen sowie die entsprechenden Schriftstücke einzureichen.
 - Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, hat sie die Führung des Verfahrens dem Versicherer zu überlassen.

Er beauftragt in ihrem Namen einen Rechtsanwalt. Die versicherte Person muss dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.
 - Die versicherte Person ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Leistet die versicherte Person dennoch Entschädigung, ohne zuvor das Einverständnis des Versicherer einzuholen, ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, die versicherte Person konnte nach den Umständen die Anerkennung oder die Leistung der Entschädigung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern.
 - Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder die Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, ist die versicherte Person verpflichtet, dieses Recht in ihrem Namen vom Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Ziff. 7. Teil D finden entsprechend Anwendung.
 - Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie 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.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.