

LEISTUNGSBESTÄTIGUNG

Unser überzeugendes Leistungspaket für den Ernstfall beinhaltet

- **Auslandsreise-Krankenversicherung** (Seite 5 - 9)
- **Auslandsreise-Rückholkosten-Versicherung** (Seite 10 - 16)
- **Inlandsreise-Rückholkosten-Versicherung** (Seite 10 - 16)
- **Auslandsreise-Beistandsleistungen** (Seite 17 - 19)
- **Auslandsreise-Unfallversicherung** (Seite 19 - 21)
- **Reise-Rücktritts-/Abbruchkosten-Versicherung** (Seite 21 - 23)
- **Reisegepäck-Jahresversicherung** (Seite 23/24)
- **Umbuchungsgebühren-Versicherung** (Seite 25)
- **Notruf- und Servicezentrale**

Der umfassende Schutz gilt weltweit für alle Reisen der versicherten Personen, ganz gleich ob sie diese mit dem Auto, mit dem Reisebus, mit der Bahn, mit dem Flugzeug oder mit dem Schiff unternehmen.

In der Auslandsreise-Krankenversicherung kann der Versicherungsschutz nur gewährt werden, wenn die Reise bei der LTA GmbH angemeldet wird.

Bitte teilen Sie uns vor Reisebeginn die Anzahl der Reisetage, das Reiseland und ggf. die Namen der Mitreisenden mit!

Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen bis zu 60 Tagen je Reise; bei Reisen innerhalb Deutschlands gelten maximal 45 Tage je Reise. Bei längeren Aufenthalten ist eine vorherige Benachrichtigung erforderlich.

Versicherte Personen:

Versichert ist die auf dem Aufnahmeantrag und/oder der Leistungsbestätigung genannte Person oder Familie. Zur Familie zählen Eheleute, unverheiratete Lebenspartner die in häuslicher Gemeinschaft leben, sowie deren Kinder bis zum 18. Lebensjahr oder solange sie durch Aufnahme eines Studiums/Berufsausbildung von den Eltern abhängig sind und max. bis zum 23. Lebensjahr.

Die versicherten Leistungsarten und die benötigten Original-Belege und Unterlagen im Schadensfall:

LEISTUNGSART

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN IM SCHADENSFALL (soweit ausgehändigt)

Auslandsreise-Krankenversicherung*
Rückholkosten-Versicherungen**

- bei ambulanter Behandlung: Diagnose, Arzt-Rechnung/en, Rezept/e
- bei stationärer Behandlung: Krankenhausbericht, -Rechnung/en
- im Todesfall: Sterbeurkunde

Reise-Unfall-Versicherung*

ärztliches Attest (Krankenhausbericht), Sterbeurkunde, Unfallhergang,
ggfs. polizeilicher Unfallbericht und Angaben zum Unfallgegner

Reise-Rücktrittskosten-Versicherung*
Reise-Abbruchkosten-Versicherung*

ärztliches Attest mit Diagnose, Buchungsunterlagen, Stornokosten-Rechnung

Reisegepäck-Jahresversicherung*

Schadenbestätigung des Beförderungsunternehmens /Beherbergungsbetriebes,
Polizeibericht bei Diebstahl/ Einbruchdiebstahl und Transportmittel-Unfall,
Liste der betroffenen Gegenstände, Anschaffungsbelege

Assistance/Beistands-Leistungen**

Kostenbelege zu den versicherten Leistungen

Umbuchungsgebühren-Versicherung*

Buchungsunterlagen, Darlegung der persönlichen Gründe für die Umbuchung, Zahlungsbelege,
falls vorhanden: Belege/Schriftstücke zu den persönlichen Gründen

*) Zur Hilfestellung werden Ihnen dazu die entsprechenden Schadenformulare übermittelt.

***) Diese Leistungen werden durch den medizinischen Dienst der Notrufzentrale organisiert und mit dem Versicherer direkt abgerechnet.

Bitte übersenden Sie alle Unterlagen und Belege an: LTA GmbH • Besselstr. 25 • 68219 Mannheim • Fax 0621 - 1 28 32 22

WICHTIGE HINWEISE ZU IHRER AUSLANDSREISE-KRANKENVERSICHERUNG

Versicherer: HanseMerkur Reiseversicherung AG in Hamburg
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20352 Hamburg
Vorstand: Hans Geisberger, Dr. Andreas Gent
Peter Ludwig, Eberhard Sautter (stv.)
Aufsichtsrat: Fritz Horst Meisheimer (Vors.)
Handelsregister: Hamburg B 19768
USt-IdNr.: DE 175218900

Versicherungsnehmer: LTA GmbH in Kooperation mit dem
FLUGRETTUNGSRING e.V. in Mannheim

Versicherte und Begünstigte: Mitglieder des Flugrettungsring e.V.

**Die Bestimmung zur Auslandsreise-Krankenversicherung in
Verbindung mit den nachstehenden Allgemeine Versicherungs-
bedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung
nach Tarif RKL 06 F-A:**

Zugunsten seiner Mitglieder/Kunden hat der Flugrettungsring e.V./LTA GmbH einen Gruppenversicherungsvertrag mit der HanseMerkur Reiseversicherung AG geschlossen. Der Flugrettungsring e.V. zahlt auch die Versicherungsprämie für die Mitglieder/Kunden.

Versicherungsschutz für die Mitglieder/Kunden besteht allerdings nur nach vorheriger schriftlicher oder telefonischer Anmeldung der Reisedaten beim Flugrettungsring e.V./LTA GmbH. (Beginn und Ende der Reise, Anzahl der Reisetage, Reiseland und ggfs. die Namen der Mitreisenden bei Familienmitgliedschaften/-inhaberschaften).

Der obligatorische Anspruch auf Versicherungsschutz besteht für die Dauer der Lifecard-Mitgliedschaft/Inhaberschaft. Er beginnt und endet mit der Mitgliedschaft/Inhaberschaft und gilt bei einer maximalen Reisedauer von 60 Tagen je Auslandsreise. Bei längeren Auslandsreisen oder Verlängerung des Auslandsaufenthaltes (Anschlussvertrag) ist eine vorherige Benachrichtigung erforderlich.

Versicherungsfähig sind Mitglieder/Kunden auch nachdem sie das 65. Lebensjahr vollendet haben (65. Geburtstag), allerdings nicht über die Vollendung des 75. Lebensjahres (75. Geburtstag) hinaus. Der Versicherungsschutz endet dann automatisch, ohne dass es einer Mitteilung bedarf.

Der Versicherte ist berechtigt seine Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag ohne Zustimmung des Flugrettungsring e.V./Lta GmbH direkt beim Versicherer geltend zu machen.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE AUSLANDSREISE-KRANKENVERSICHERUNG NACH TARIF RKL 06F-A (Kurzbezeichnung: AVB-RKL 06F-A)

§ 1 Versicherungsfähige Personen

Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem, behördlich angemeldetem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder in Österreich.

§ 2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

2.1 Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt bei akut auftretenden Versicherungsfällen im Ausland Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

2.2 Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muß die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch:

a) medizinisch notwendige Behandlung wegen akut auftretenden

- der Beschwerden während der Schwangerschaft
- b) Untersuchung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat.
 - c) Tod.
- 2.3 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- 2.4 Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das Staatsgebiet in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat, sowie das Staatsgebiet, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt. Besitzt eine versicherte Person sowohl die deutsche oder österreichische Staatsangehörigkeit als auch die eines anderen Staates, besteht Versicherungsschutz auch in dem Staatsgebiet, dessen ausländische Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt, sofern diese versicherte Person gemäß § 1 dieser Bestimmungen versicherungsfähig ist.

Beginn des Versicherungsschutzes

- § 3 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zustandekommen des Vertrages, nicht vor Beginn der Mitgliedschaft/Inhaberschaft beim Flugrettungsring/LTA GmbH, nicht vor Anmeldung der Reise beim Flugrettungsring/LTA GmbH (Zeitpunkt ist dem Versicherer auf Anforderung nachzuweisen) und nicht vor Antritt der Auslandsreise.

§ 4 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

- 4.1 Der Versicherungsvertrag muss vor Beginn des Auslandsaufenthaltes für dessen gesamte Dauer abgeschlossen werden. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 1 Jahr. Eine Verlängerung hierüber hinaus ist nicht möglich.
- 4.2 Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes, innerhalb der Höchstversicherungsdauer, kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer durch einen Anschlussvertrag verlängert werden, wenn der Antrag für den Anschlussvertrag vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HansMercur vorgelegen hat und diese dem Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmt.
- 4.3 Bei Anschlussverträgen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle und nur für die Beschwerden, die nach Zustimmung des Versicherers zum Anschlussvertrag neu eingetreten sind. Versicherungsfälle, einschl. Beschwerden und deren Folgen, die nach Beantragung des Anschlussvertrages und vor der Zustimmung des Versicherers eintreten, sind dem Vorstand der HanseMercur unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

§ 5 Leistungen

- 5.1 Allgemeines
Im Ausland steht der versicherte Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte - sofern vorhanden - oder die ortsübliche Gebühr berechnen.

- 5.1.1 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- a) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl..
- 5.1.2 Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).
- 5.1.3 Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- 5.2 Heilbehandlungskosten
- 5.2.1 Der Versicherer erstattet - abzüglich 50,- EUR Selbstbeteili-

gung je Versicherungsfall - die entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung.

Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;
- b) Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten ab Reiseantritt;
- c) Schwangerschaftsuntersuchungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages bzw. Anschlussvertrages noch nicht bestanden hat;
- d) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr-, Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
- e) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- f) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen Inhalationen und Krankengymnastik;
- g) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
- h) Röntgendiagnostik;
- i) Unaufschiebbare stationäre Behandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung), sofern diese in einer

Einrichtung erfolgen, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und zurück in die Unterkunft;

- j) Unaufschiebbare Operationen;
- K) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück.;
- l) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz;

5.3 Leistung bei Unterbrechung der Auslandsreise

5.3.1 Bei Auslandsreisen von mindestens 1 jähriger Dauer wird bei einer Unterbrechung der Auslandsreise der Versicherungsschutz eingeschränkt fortgesetzt. Abweichend von § 2 Nr. 1 dieser Bestimmungen wird in diesem Fall die vorübergehende Rückkehr an den Wohnsitz bzw. ständigen Aufenthaltsort einer Auslandsreise gleichgestellt, wenn die Gesamtdauer der Unterbrechung den Zeitraum von 6 Wochen je angefangenem Versicherungsjahr nicht überschreitet. Als Versicherungsjahr gilt dabei jeweils ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn. Beginn und Ende der Unterbrechung sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

5.3.2 Als Unterbrechung der Auslandsreise gilt die vorübergehende

de Rückkehr ins Heimatland, wenn die versicherte Person danach an den Ort ins Ausland zurückkehrt, an dem sie sich vorher befunden hat.

5.3.3 Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, max. für die Dauer von 3 Monaten weiter.

§ 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes

6.1 Keine Leistungspflicht besteht:

- a) für die bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beginn des Anschlussvertrages bestehenden und / oder bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen sowie die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Reisebeginn behandelt worden sind.
- b) für solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- c) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschl. deren Folgen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- f) für Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren; für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

- Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für Behandlungen von Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - i) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - j) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - k) für die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden Schwangerschaften;
 - l) für Immunisierungsmaßnahmen
 - m) für Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden und nicht der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - n) für Behandlungen wegen Sterilität, einschl. künstlicher Befruchtungen sowie dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen;
 - o) für Vorsorgeuntersuchungen;
 - p) für Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanaly-

- tische und funktionstherapeutische (gnathologische) Leistungen und implantologische Zahnleistungen;
 - q) für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - r) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
 - s) für Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen;
 - t) für die Zusatzkosten einer Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer einschl. Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung), während einer unaufschiebbaren stationären Behandlung;
- 6.2 Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- 6.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 7 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen

Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMercur gemeldet, tritt diese in Vorleistung.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- 8.1 Erstattet werden die in der amtlichen Währung des Aufent-

haltslandes entstandenen ortsüblichen Kosten.

- 8.2 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum des Versicherers erbracht sind:
- a) Bezahlte Original-Belege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungs-Zweitschriften;
 - b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen;
 - c) Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes;
 - d) zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursachen, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
- 8.3 Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu zahlen, es sei denn, er hatte begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders.
- 8.4 Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer ein-

gehen, 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.

8.5 Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, daß der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

8.6 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 9 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle :

- a) zu dem vereinbarten Zeitpunkt;
- b) mit Beendigung der Auslandsreise, d. h. bei Wiedereinreise in das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.
- c) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes nicht mehr vorliegen.
- d) wenn die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person entfällt.

§ 10 Prämien

Die Prämie ist eine Einmalprämie, ergibt sich aus der jeweils gültigen Prämienübersicht und ist bei Abschluss

des Vertrages zu zahlen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

11.1 Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles

- a) alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
- b) den Schaden der HanseMercur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
- c) der HanseMercur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen, ggf. behandelnde Ärzte und andere Versicherer von Ihrer Schweigepflicht zu entbinden sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.

11.2 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

11.3 Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

11.4 Verletzt der Versicherungsnehmer / die versicherte Person eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMercur von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt die HanseMercur insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versi-

cherer obliegenden Leistung gehabt hat.

11.5 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 12 Ansprüche gegen Dritte

Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf die HanseMercur im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMercur abzugeben. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des 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 erlangen können.

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 15 Gerichtsstand / Anzuwendendes Recht:

Es gilt deutsches Recht.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Rückholdeckung
(AVB-AR-Rück 2006)** - Stand: Juli 2006

1. Was ist versichert?
2. Wann muß der Vertrag abgeschlossen werden und wann hat er Gültigkeit?
3. Wann beginnt der Versicherungsschutz?
4. Bis zu welcher Höhe werden Versicherungsleistungen erbracht?
5. Welche Einschränkungen gibt es bei der Leistungspflicht?
6. Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausgezahlt?
7. Wann endet der Versicherungsschutz?
8. Was gilt bei der Beitragszahlung?
9. Was ist im Versicherungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?
10. Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?
11. Wann ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei?
12. Was gilt, wenn Ansprüche gegen Dritte bestehen?
13. Wann können Forderungen aufgerechnet werden und welche Rechte hat/haben die versicherte/n Person/en?
14. Welches Gericht ist zuständig?
15. Anschrift des Versicherers
16. Maklerklausel

1. Was ist versichert?

- 1.1. Der Versicherer gewährt Versicherungsschutz für den Ersatz der
 - a) Kosten eines infolge
 - aa) Krankheit, bb) Unfallesmedizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransportes der versicherten Person/en aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich oder in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich und der Rücktransport im Verlauf einer leistungspflichtigen Heilbehandlung erforderlich wird;
Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Die oben genannten Gefahren Krankheit (aa)) und Unfall (bb)) können auch einzeln vereinbart werden. Soweit die Versicherung einzelner vorstehender Gefahren nicht vereinbart ist,
 - b) *gelten die dazu aufgeführten Bestimmungen nicht.*
 - c) Kosten der Überführung bei Tod der versicherten Person/en, Kosten für Suchflüge für vermißte, ständig im gemeinsamen Haushalt lebende unterhaltsberechtignte Kinder des Versicherungsnehmers oder dessen ständigen Lebenspartners bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres. Derartige Suchflüge sind nur erstattungsfähig, soweit die Suche mit herkömmlichen Methoden erfolglos war, das/die Kind/er seit mindestens 24 Stunden polizeilich als vermißt gemeldet ist/sind und das Gebiet des Sucheinsatzes, in dem das/die Kind/er als vermißt gilt/gelten, von amtlicher Stelle oder von der Polizei

auf einen Radius von höchstens 200 Kilometern begrenzt ist und sich innerhalb Europas im geographischen Sinne befindet.

Die Versicherung kann für eine einzelne Person oder als Familienversicherung abgeschlossen werden. Als Familienangehörige im Sinne des Tarifes zählen der ständige Lebenspartner und die ständig im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kinder der versicherten Person/en bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder soweit sich die Kinder noch in schulischer Ausbildung befinden und noch keinen eigenen Hausstand gegründet haben.

- 1.2. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antragsvordruck, besonderen schriftlichen Vereinbarungen bzw. Besonderen Bedingungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den in der Bundesrepublik Deutschland gültigen gesetzlichen Vorschriften. Dies gilt insbesondere für die im Anhang aufgeführten Gesetzesbestimmungen, die nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen Inhalt des Versicherungsvertrages sind.
Für die Entschädigung der versicherten Kosten gemäß Nr. 1 gelten die Entschädigungsgrenzen gemäß Ziff. 4.
- 1.3. Versicherungsschutz besteht weltweit für Versicherungsfälle, die während der versicherten Reise außerhalb Deutschlands oder Österreich (Ausland) auftreten.
- 1.4 Der Versicherungsschutz besteht während der Auslandsreisen, die von der/den versicherten Person/en innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden.

1.5. Versicherungsfähig sind grundsätzlich Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder

1.6. Österreich.

Diese Versicherung wird in der Form der Schadenversicherung gegen feste Prämie betrieben.

2. Wann muß der Versicherungsvertrag abgeschlossen werden und wann hat er Gültigkeit?

- 2.1. Der Versicherungsvertrag muß vor Antritt der Reise abgeschlossen werden. Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst mit Antritt einer neuen Auslandsreise. Der Versicherungsvertrag gilt ab Versicherungsbeginn (Nr. 1 Satz 1; Ziff. 3) für die Dauer eines Jahres. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer bzw. durch die Würzburger zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer im Versicherungsschein vereinbarten Frist, mindestens jedoch einem Monat, schriftlich gekündigt wird.
- 2.2. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet nach einem Jahr.
- 2.3. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod der versicherten Person/en. Bei einer Familienversicherung haben die versicherten Personen jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung der künftigen versicherten Person/en fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod der verstorbenen versicherten Person/en abzugeben.
- 2.4. Das Versicherungsverhältnis endet, soweit nicht etwas
- 2.5. Das Versicherungsverhältnis endet, soweit nicht etwas

anderes vereinbart ist, mit dem Wegzug der versicherten Person/en aus dem Tätigkeitsgebiet der Würzburger.

- 2.6. Der Versicherungsvertrag endet, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet der Würzburger. Sofern eine Firma Versicherungsnehmer ist, mit Verlegung des Firmensitzes aus dem Tätigkeitsgebiet der Würzburger oder mit Löschen aus dem Handelsregister, es sei denn, daß eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

3. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- 3.1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung des Beitrages. Wird eine Einzugsermächtigung erteilt, gilt der Beitrag mit Zugang der Einzugsermächtigung bei dem bevollmächtigten Makler (Ziff. 16) als gezahlt, sofern die Lastschrift beim Geldinstitut bei Vorlage eingelöst wird.
- 3.2. Für Schäden und Aufwendungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

4. Bis zu welcher Höhe werden Versicherungsleistungen erbracht?

- 4.1. Erstattungsfähig sind entstehende Mehraufwendungen für den medizinisch notwendigen oder ärztlich verordneten Rücktransport gemäß Ziff. 1, Nr. 1 a) bis zu EURO 100.000 je Rücktransport. Weiterhin ersetzt der Versicherer im Versicherungsfall die Kosten der etwaigen ärztlichen oder sonstigen medizinischen Betreuung während des Rücktransportes.

Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden auf die Versicherungsleistung angerechnet.

- 4.2. für die Überführung bei Tod einer versicherten Person gemäß Ziff. 1, Nr. 1 b) vom europäischen Ausland im geographischen Sinne in das Inland bis zu einer Höhe von 5.000,00 Euro, für die Überführungskosten vom außereuropäischen Ausland oder die wahlweise Bestattung am Sterbeort bis zu einer Höhe von 10.000,00 Euro.
- 4.3. für die Suchflüge für vermißte Kinder gemäß Ziff. 1, Nr. 1 c) bis zu einem Anteil von 75%, maximal jedoch bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Darüber hinaus ist die Anzahl auf einen Suchflug sowie dessen Dauer auf zwei Stunden pro Kind und Jahr begrenzt. Der Versicherer ersetzt im Versicherungsfall die Kosten des Rücktransportes einschließlich einer etwaigen ärztlichen oder sonstigen medizinischen Betreuung während des
- 4.4. Transportes. Ein Ersatzanspruch besteht nicht, soweit der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person des Versicherungsnehmers Ersatz aus einem anderen, eigenen Versicherungsvertrag beanspruchen kann. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf allgemeinere Versicherungen wie etwa Krankenversicherungen oder Schutzbriefversicherungen und zwar auch dann, wenn diese ihrerseits eine Subsidiaritätsklausel enthalten sollten. Im Hinblick auf solche Versicherungen gilt die Versicherung

nach diesem Vertrag als speziellere Versicherung.

- 4.6. Bestreitet der andere Versicherer schriftlich seine Eintrittspflicht, so erfolgt insoweit jedoch eine Vorleistung im Rahmen dieses Vertrages. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person des Versicherungsnehmers hat alles ihm Mögliche und Zumutbare zu unternehmen, um dazu beizutragen, dass die Ansprüche gegen andere Versicherer verfolgt werden können.

5. Welche Einschränkungen gibt es bei der Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht für

- 5.1. Rücktransporte oder Überführungskosten
 - a) aufgrund von Gesundheitsschäden oder Todesfällen, die durch Kriegsereignisse und innere Unruhen verursacht worden sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte/n Person/en auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird/werden. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält; Rücktransporte
- 5.2. infolge Krankheit von der bei Reiseantritt feststand, daß sie
 - a) bei planmäßiger Durchführung der Reise zu erheblichen Komplikationen führt, es sei denn, daß die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder ständigen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person/en unternommen wurde;

b) infolge Krankheit oder Unfalles, zu deren Behandlung oder deren Folgebehandlung die Auslandsreise angetreten wird;

6. Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausgezahlt?

- 6.1. Der Versicherer ist zur Leistung verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Leistungen oder Ablehnung vermerkt hat.
- 6.2. Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransportes gemäß Ziff. 1, Nr. 1 a) ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen. Neben der Begründung für die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes muß die ärztliche Bescheinigung auch die genaue Krankheitsbezeichnung oder eine Schilderung der durch den Unfall hervorgerufenen Gesundheitsschädigung enthalten. Alle Belege müssen den Namen des Behandlers bzw. Beförderers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten bzw. beförderten Person/en sowie die genaue Krankheitsbezeichnung, soweit diese ursächlich für den Rücktransport war, enthalten.
- 6.3. Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten gemäß Ziff. 1, Nr. 1 b) ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- 6.4. Bei der Geltendmachung von Suchflügen für Kinder gemäß Ziff. 1, Nr. 1 c) sind die polizeilich bescheinigte Vermißten-

meldung, sowie polizeilich bestätigte Nachweise über die Erfolglosigkeit der herkömmlichen Suchmethoden und die Eingrenzung des Suchgebietes beizubringen. Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum des/des vermißten Kindes/Kinder enthalten.

7. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende - Versicherungsfälle jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. des Versicherungsvertrages bzw. -verhältnisses oder mit Beendigung des Rücktransportes gemäß Ziff. 1, Nr. 1 a). Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.

8. Was gilt bei der Beitragszahlung?

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und ist bei Abschluß des Versicherungsvertrages, der jeweilige Folgebeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, zu zahlen.

Die Folgen nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrages oder der ersten Rate des ersten Beitrages ergeben sich aus § 38 VVG; im übrigen gelten die Bestimmungen des § 39 VVG.

9. Was ist im Versicherungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

9.1. Die versicherte/n Person/en ist/sind verpflichtet, alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung füh-

ren könnte.

9.2. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte/ Person/en hat/haben sämtliche Belege bis zum Ablauf der ersten zwei Wochen nach Beendigung des Rücktransportes, der Überführungskosten oder des Suchfluges einzureichen.

9.3. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte/n Person/en hat/haben auf Verlangen der Versicherung bzw. des zur Schadenregulierung bevollmächtigten Maklers (Ziff. 16) jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

9.4. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte/n Person/en ist/sind auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Hierzu ist der Versicherer bzw. der zur Schadenregulierung bevollmächtigte Makler (Ziff. 16) 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 bzw. der zur Schadenregulierung bevollmächtigte Makler (Ziff. 16) Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter befragen. Diese sind von ihrer Schweigepflicht zu befreien und zu ermächtigen, dem Versicherer bzw. dem zur Schadenregulierung bevollmächtigten Makler (Ziff. 16) alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

10. Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?

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

11. Wann ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei?

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn

- der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind;
- eine Erstattung abgelehnt wurde und der Anspruch auf Leistung nicht innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer bzw. der zur Schadenregulierung bevollmächtigte Makler (Ziff. 16) den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

12. Was gilt, wenn Ansprüche gegen Dritte bestehen?

12.1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 67 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag

Kostenersatz geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten. Geben Sie oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

12.2. Soweit die versicherte Person/en von Schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihr/ihnen entstanden Aufwendungen erhalten hat/haben, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf ihre Leistungen anzurechnen.

13. Wann können Forderungen aufgerechnet werden und welche Rechte hat/haben die versicherte/n Person/en?

Gegen Forderungen des Versicherers kann nur aufgerechnet werden, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Die versicherte/n Person/en hat/haben ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag direkt gegen den Versicherer bzw. bei dem zur Schadenregulierung bevollmächtigten Makler (Ziff. 16) geltend zu machen; eine Aufrechnung möglicher Prämienforderungen erfolgt nicht.

14. Welches Gericht ist zuständig?

Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsmakler zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

15. Der Versicherer

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstrasse 11 • D-97070 Würzburg
Sitz der Gesellschaft Würzburg, HRB 3500
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Ronald Frohne
Vorstand: Dr. Klaus Dimmer, Dirk Guß, Daniela Streich

16. Maklerklausel

Der gesamte Geschäftsverkehr läuft über die Firma
BGI Bertil Grimme AG, Zweigniederlassung Hamburg
Ballidamm 4-5 • 20095 Hamburg

Die Firma ist berechtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen und Zahlungen der Versicherungsnehmers für die Würzburger in Empfang zu nehmen - diese gelten als erfüllt, wenn sie bei der genannten Maklerfirma eingegangen sind - sowie die Schadenregulierung vorzunehmen. Die Maklerfirma ist zur unverzüglichen Weitergabe verpflichtet.

ALLGEMEINE HINWEISE

Schadenminderungspflicht und Schadenmeldung

Bitte legen Sie die zur Schadenermittlung und –beurteilung erforderlichen Unterlagen baldmöglichst und vollständig ein.

Subsidiaritätsklausel

Soweit im Schadenfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt insbesondere aus Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung und Beihilfeleistungen.

Soweit aus anderen Versicherungsverträgen Entschädigung beansprucht werden kann, steht es Ihnen frei, welchem Versicherer Sie den Schadenfall melden.

Was ist eine Reise?

Reise ist jede Abwesenheit vom ständigen Wohnsitz. Als ständiger Wohnsitz gilt der inländische Ort, an dem der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte/n Person/en polizeilich gemeldet ist/sind und sich überwiegend aufhält/aufhalten.

Klagefrist und zuständiges Gericht

- Lehnt der Versicherer den Versicherungsschutz ab, kann der Versicherungsnehmer den Anspruch auf Versicherungsleistung nur innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend machen. Diese Frist beginnt, nachdem die Ablehnung des Versicherungsschutzes dem Versicherungsnehmer schriftlich unter Angabe der mit dem Fristablauf verbundenen Rechtsfolge mitgeteilt wurde.

- 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.

- Klagen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer können bei dem für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers zuständigen Gericht erhoben werden.

Bei Beschwerden über eine Versicherungsgesellschaft können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, wenden.

Im übrigen gelten die nachstehend abgedruckten jeweiligen Bedingungen.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ferner ein, daß der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden.

AUSZUG AUS DEM GESETZ ÜBER DEN VERSICHERUNGSVERTRAG (VVG)

Information für den Versicherungsnehmer

Obliegenheitsverletzung (§ 6 VVG)

... Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat ...

Verspätete Zahlung der ersten Prämie (§ 38 VVG)

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig ge-

zahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Verträge zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird. (2) Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Zahlungsverzug der Folgeprämie (§ 39 VVG)

§ 39 (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2, 3 mit dem Ablaufe der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablaufe der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablaufe der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb

eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablaufe der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit die in Abs. 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, daß Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

Prämie trotz Aufhebung des Versicherungsverhältnisses (§ 40 VVG)

§ 40 (1) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Gefahrerhöhung auf Grund der Vorschriften des zweiten Titels durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben, oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Gefahrerhöhung oder von dem Anfechtungsgrunde Kenntnis erlangt hat. Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung der laufenden Versicherungsperiode.

Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen ein bestimmter Betrag für die Geschäftsgebühr festgesetzt, so gilt dieser als angemessen.

(3) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 13 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 14 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

Gesetzlicher Forderungsübergang (§ 67 VVG)

Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE RÜCKHOLDECKUNG (AVB-AR-Rück 2006)

Stand: Juli 2006

1. Mitversicherung von Beistands- / Assistance-Leistungen

In Ergänzung bzw. Erweiterung zu den Allgemeine Versicherungs-

bedingungen für die Rückholdeckung AVB-AR-Rück / 2002 gelten folgende Leistungen als mitversichert:

- a) Organisation von medizinischer Versorgung und Dolmetscherdiensten
- b) Organisation von Transporten für Transplantate, lebenswichtigen Medikamenten und Blutkonserven zur Behandlung akuter Erkrankungen im In- und Ausland
- c) Bereitstellung eines Kontaktarztes
- d) Kostenübernahmegarantie in Höhe von EUR 10.000,00 an Krankenhäuser
- e) Bereitstellung einer Hilfs- oder Begleitperson (auch Verwandte) bis max. EUR 2.500,00 im Falle einer Rückholung
- f) Such-, Rettungs- und Bergungskosten bis zu max. EUR 5.000,00

Zur Erfüllung der Assistance-Leistungen bedient sich der Versicherer eines Assistance-Dienstleistungsunternehmers, der MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen,

2. Deckungserweiterung für Rücktransporte innerhalb Deutschlands

In Erweiterung bzw. Abänderung zu den Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Rückholdeckung AVB-AR-Rück / 2002 gelten Rücktransporte auch innerhalb Deutschland wie folgt mitversichert: Versichert gelten die Kosten des medizinisch notwendigen Transports einer versicherten Person infolge eines unvorhersehbaren Unfalls oder einer unvorhersehbaren Krankheit während des Urlaubsaufenthaltes innerhalb Deutschlands bis zu maximal 45 Tagen.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich während Reisen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ab einem Umkreis von 40 km vom ständigen Wohnsitz der versicherten Person entfernt.

Folgende Leistungen gelten versichert:

- a) Transport in ein geeignetes Krankenhaus am Wohnsitz der versicherten Person.
- b) Transport vom Krankenhaus zum Wohnsitz der versicherten Person, wenn diese gesundheitlich nicht in der Lage ist die Fahrt mit öffentlichen oder privaten Verkehrsmitteln durchzuführen.
- c) Überführung bei Tod einer versicherten Person bzw. Bestattungskosten am Aufenthaltsort bis zu EUR 5.000,00.

Weitere Voraussetzungen für eine Kostenübernahme:

- Der Wohnsitz der versicherten Person ist in der Bundesrepublik Deutschland.
- Die versicherte Person befindet sich in stationärer Behandlung und der vorhersehbare Krankenhausaufenthalt dauert länger als vier Tage.
- Es ist keine Kostenübernahme durch anderweitigen Versicherungsschutz gegeben.
- Die Transportfähigkeit wird durch den behandelnden Arzt bestätigt und angeordnet.
- Die versicherte Person ist nicht in einem lebensbedrohlichen Zustand.
- Eine adäquate Versorgung in dem Krankenhaus am Wohnsitz ist sichergestellt.

Der Versicherer gewährt im Versicherungsfall Ersatz für Aufwendungen auf dem Landweg bis zu maximal EUR 15.000,00 einmalig je Mitglied und je Transport während eines Versicherungsjahres.

LLOYD'S

Bedingungen für die Jahres-Reiseversicherungen für Inhaber der "Lifecard Plus"

(AVB JRV 05 "Lifecard Plus")

Die nachstehenden Regelungen unter 1. bis 12. gelten für alle in diesen Bedingungen genannten "Lifecard Plus" - Reiseversicherungen.

1. Wer ist versicherte Person?

Sämtliche Mitglieder/Kunden des Flugrettungsring e.V., angeschlossene Verbände und Organisationen sowie Inhaber der Lifecard Plus der LTA GmbH, einschließlich in den Niederlanden und Österreich, die ihren ständigen Wohnsitz in der Europäischen Union, der Schweiz bzw. Norwegen haben.

Mitversichert sind:

a) Ehepartner

Ehemann bzw. Ehefrau des Versicherten bzw. eine Person (ungeachtet dessen, ob gleichen Geschlechts oder nicht), mit welcher der Versicherte permanent in einer ähnlichen Beziehung lebt.

b) unterhaltsberechtigter Kinder

Kinder, Stiefkinder und legal adoptierte Kinder des Karteninhabers, welche

1. unverheiratet sind, und

2. mit dem betreffenden Karteninhaber zusammenleben (es sei denn, sie leben woanders, während sie sich in Vollzeitausbildung befinden), und

3. unter 18 Jahre alt sind (bzw. unter 23 Jahre alt sind, falls sie sich in Vollzeitausbildung befinden), sowie

4. mit dem betreffenden Karteninhaber reisen.

Die Versicherung wird mit Zahlung des Mitgliedsbeitrages/Kundentarifes an den Flugrettungsring e.V./LTA GmbH wirksam, falls kein anderes Beginndatum festgelegt wurde.

2. Für welche Reise gilt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz gilt für beliebig viele vorübergehende Urlaubs- und Geschäftsreisen, die innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden.

Bei einer Reisedauer von über 60 Tagen besteht die Leistungspflicht nur für die ersten 60 Tage der Reise.

Endet das Versicherungsjahr während der Reise, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.

3. Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

Der Versicherungsschutz tritt nur dann in Kraft, wenn der Beitrag vor Reiseantritt gezahlt wurde.

Der Versicherungsschutz beginnt

- in der Reise-Rücktrittskosten / Reiseabbruch-Versicherung mit der Reisebuchung innerhalb der Laufzeit der Versicherung.

- in den übrigen Versicherungssparten mit dem Antritt der versicherten Reise.

- endet mit der versicherten Reise, jedoch spätestens nach der Höchstdauer von 60 Tagen einer Reise.

- verlängert sich über das planmäßige Reiseende hinaus, wenn die vereinbarte Versicherung die gesamte geplante Reise erfasst und sich die Beendigung der Reise aus Gründen verzögert, die die versicherte Person nicht zu vertreten hat.

4. Wann ist die Prämie zu zahlen und welche Laufzeit hat der Vertrag?

4.1 Die Prämie ist gegen Aushändigung des Versicherungsscheins im Lastschriftverfahren zu zahlen.

4.2 Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht einem der Vertragspartner bis spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres eine Kündigung zugeht. Die Verlängerung des Versicherungsschutzes tritt nicht ein für versicherte Personen, die das 74. Lebensjahr vollendet haben (Reise-Unfallversicherung), oder als versicherte Kinder nicht mehr über die Familienversicherung versicherbar sind.

4.3 Die Folgeprämien werden jeweils für ein Versicherungsjahr, frühestens am 1. des Monats, in dem ein neues Versicherungsjahr beginnt, vom Konto des Versicherungsnehmers abgebucht. Kann die Folgeprämie zu diesem Zeitpunkt nicht abgebucht werden, wird eine Zahlungsfrist von zwei Wochen

gesetzt. Tritt nach Ablauf der Frist ein Schadenfall ein und ist die Zahlung nach wie vor in Verzug, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

5. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

Nicht versichert sind

- 5.1 Schäden durch Streik, innere Unruhen, Kriegereignisse, Kernenergie und Eingriffe von hoher Hand.
- 5.2 Schäden, die die versicherte Person vorsätzlich herbeigeführt hat.

6. Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt unternehmen?

- 6.1 Die versicherte Person ist verpflichtet,
 - a) den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden.
 - b) den Schaden unverzüglich anzuzeigen und Beginn und Ende der versicherten Reise in geeigneter Weise nachzuweisen.
 - c) das Schadenereignis und den Schadenumfang darzulegen und jede sachdienliche Auskunft wahrheitsgemäß zu erteilen. Zum Nachweis hat die versicherte Person Original-Rechnungen und Belege einzureichen, gegebenenfalls Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden und zu gestatten, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.Wird eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, bei grob fahrlässiger Verletzung

bleibt der Versicherer insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht hat.

7. Wann zahlt der Versicherer die Entschädigung?

Hat der Versicherer die Leistungspflicht dem Grund und der Höhe nach festgestellt, wird die Entschädigung innerhalb von zwei Wochen ausgezahlt.

8. Was gilt, wenn die versicherte Person Ansprüche gegen dritte Personen hat?

- 8.1 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.
- 8.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, in diesem Rahmen Ersatzansprüche an den Versicherer abzutreten.
- 8.3 Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage von Original-Belegen zunächst den Versicherer in Anspruch, tritt dieser in Vorleistung.

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

Der Versicherer wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die versicherte Person

9.1 nach Eintritt des Versicherungsfalles versucht, den Versicherer durch unzutreffende Angaben über Umstände zu täuschen, die für die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach von Bedeutung sind.

9.2 den geltend gemachten Anspruch nach Ablehnung der Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend macht. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.

10. Welches Gericht ist für die Geltendmachung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zuständig und welches Recht findet Anwendung?

Der Gerichtsstand ist nach Wahl der versicherten Person der Sitz des Versicherers oder des Maklers. Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

11. Anschrift des Versicherers

Lloyd´s of London
One Lime Street • London EC3M 7HA (Great Britain)
Rechtsform: Vereinigung von Einzelversicherern

12. Maklerklausel

Der gesamte Geschäftsverkehr läuft über die Firma
BGIB Baltic Group Insurance Brokers GmbH
Zweigniederlassung Hamburg
Ballindamm 4 – 5 • 20095 Hamburg.

Die Firma ist berechtigt, vertraglich obliegende Anzeigen,

Willenserklärungen und Zahlungen des Versicherungsnehmers für den Versicherer in Empfang zu nehmen – diese gelten als erfüllt, wenn sie bei der genannten Maklerfirma eingegangen sind - sowie die Schadenregulierung vorzunehmen. Die Maklerfirma ist zur unverzüglichen Weitergabe verpflichtet.

13. Verbraucherinformation

Für alle Versicherungssparten ist bei Beschwerden die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Graurheindorfer Str. 108 • 53117 Bonn zuständig.

I. REISE-UNFALL-JAHRESVERSICHERUNG

AVB JRV 05 RU

1. Was ist versichert?

Der Versicherer entschädigt den Versicherten gemäß den angegebenen Leistungen, falls zu irgendeiner Zeit während des Reisezeitraums der Versicherte Körperschäden erleidet, welche durch einen Unfall verursacht werden, der sich zu einem identifizierbaren Zeitpunkt und an einem identifizierbaren Ort während des Reisezeitraums ereignet, und welche allein und unabhängig von anderen Ursachen – ausgenommen Krankheit im direkten Ergebnis des betreffenden Körperschadens bzw. medizinische / chirurgische Behandlung, welche durch den betreffenden Körperschaden erforderlich wird – den Tod bzw. Invalidität, wie dar-

gelegt, innerhalb von vierundzwanzig Kalendermonaten ab dem Datum des betreffenden Unfalls zur Folge haben. Der Versicherungsschutz gilt weltweit, aber soll nicht anwendbar sein für Reisen innerhalb des Landes, in dem ein Mitglied seinen ständigen Wohnsitz hat.

2. Was ist ein Unfall?

Unfall meint im vorliegenden Dokument, dass der Versicherte unfreiwillig Körperschäden im Ergebnis eines Vorfalles erleidet, der unvermittelt von außen auf seinen Körper einwirkt.

Der Unfallbegriff beinhaltet auch:

- a) Gefahrumstände, die aus einem Unglück in Verbindung mit einem Transportmittel, in welchem die versicherte Person unterwegs ist, resultieren.
- b) Verschwinden. Verschwindet der Versicherte innerhalb des Reisezeitraumes und gibt es nach Ablauf von 12 Monaten und Untersuchung sämtlicher verfügbaren Anhaltspunkte Grund zur Annahme, dass der Tod des Versicherten eingetreten ist (gemäß den Bedingungen bzw. Bestimmungen des vorliegenden Versicherungsabschnittes), wird die Versicherungssumme für den Todesfall unter der vorliegenden Versicherung zahlbar.
Wenn irgendwann nach dieser Zahlung der Versicherte lebend aufgefunden wird, muss die folglich gezahlte Summe an den Versicherer zurück erstattet werden.
Voraussetzungen dafür sind:
- Es müssen Nachweise erbracht werden, die überzeugend und unweigerlich darauf schließen lassen, dass die versicherte

Person eine Gesundheitsschädigung erlitt, die zum Tode führte.

- Die Person/en, an die die Summe ausgezahlt wird, unterzeichnen eine Verpflichtung zur Rückzahlung der Summe, wenn sich nachfolgend herausstellt, dass die versicherte Person noch am Leben ist.

3. Welche Leistungsarten sind versichert?

Übersicht

- | | | |
|-----|--|---------------|
| 3.1 | Tod | EUR 26.000,00 |
| 3.2 | Vollständiger und unwiderruflicher Verlust des Augenlichtes, eines Auges oder Verlust einer Gliedmaße | EUR 26.000,00 |
| 3.3 | Vollständiger und unwiderruflicher Verlust des Augenlichtes, beider Augen oder Verlust zweier Gliedmaßen | EUR 44.000,00 |
| 3.4 | Dauernde Vollinvalidität | EUR 44.000,00 |
- Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls unter 16 Jahre, beträgt die Todesfalleistung EUR 4.400,00.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 4.1 Nicht versicherbar sind Personen über 75 Jahre.
- 4.2 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Geisteskranke.
- 4.3 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Punkt 1 und 2. nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung und der anteilige Beitrag, der seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtet wurde, wird zurückerstattet.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

In Ergänzung zu Punkt 5 der Allgemeinen Bedingungen für die Jahres-Reiseversicherungen (AVB JRV 05 AB) gewährt der Versicherer keinen Deckungsschutz bei Tod oder Invalidität, der / die in irgendeiner Weise verursacht oder mitverursacht wird durch:

- 5.1 Krieg, Terror und Massenvernichtung, ungeachtet dessen, ob Krieg erklärt wurde oder nicht, Feindseligkeiten oder jede Kriegs- oder Bürgerkriegshandlung; die Versicherungsdeckung greift jedoch, falls im Laufe einer Reise im Ausland der Versicherte überraschend von Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.
- 5.2 radioaktive Verseuchung;
- 5.3 Ausübung bzw. Teilnahme der versicherten Person an Militärdienst bei den (oder Operationen) der Streitkräfte;
- 5.4 Teilnahme der versicherten Person an jeder Art von Fliegerei, ausgenommen als Passagier;
- 5.5 Selbsttötung oder versuchte Selbsttötung, vorsätzliche Selbstverletzung oder Unzurechnungsfähigkeit der versicherten Person;
- 5.6 die erworbene Immunschwäche AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), einen AIDS Related Complex (ARC)

oder das Human Immunodeficiency Virus (HIV), ungeachtet, wie diese erworben wurden oder ihre Bezeichnung lautet;

- 5.7 die bewusste Aussetzung gegenüber einer außergewöhnlichen Gefahr (ausgenommen bei dem Versuch, Menschenleben zu retten) von Seiten der versicherten Person;
- 5.8 eine vorsätzliche kriminelle Handlung der versicherten Person;
- 5.9 Alkohol- oder Drogeneinwirkung auf die versicherte Person.

6. Was ist nach einem Unfall zu beachten?

- 6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den Unfall melden.
- 6.2 Ein Unfall mit Todesfolge ist innerhalb von 48 Stunden anzuzeigen.
- 6.3 Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.
- 6.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

7. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine nach Eintritt eines Unfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, erlischt der Versicherungsschutz, es sei

denn, die versicherte Person hat die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung leistet der Versicherer insoweit, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Leistungsfalls noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.

Bei vorsätzlicher Verletzung besteht der Versicherungsschutz insoweit nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, die Interessen des Versicherers ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn die versicherte Person kein erhebliches Verschulden trifft.

8. Wann sind die Leistungen fällig?

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob ein Anspruch anerkannt wird. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich den Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Beurteilung einer Invalidität notwendig ist.

DEFINITIONEN

Körperschädigung

Eine Körperschädigung bedeutet eine feststellbare physische Schädigung, die

- a) durch einen Unfall hervorgerufen wurde, und
- b) ausschließlich und unabhängig von irgendeiner anderen Ursache, mit Ausnahme einer Erkrankung oder Krankheit, welche

direkt aus einer solchen Verletzung resultiert oder einer medizinischen bzw. chirurgischen Behandlung, welche aufgrund dieser Verletzung notwendig wird, den Tod oder die Invalidität der versicherten Person innerhalb von zwölf Monaten ab dem Unfalltag bedingt;

Verlust einer Gliedmaße

Der Verlust einer Gliedmaße bedeutet den permanenten Verlust einer Hand am Handgelenk oder oberhalb des Handgelenks oder eines Fußes am Fußknöchel oder oberhalb des Fußknöchels durch physische Abtrennung und umfasst den permanenten totalen und unwiderruflichen Ausfall hinsichtlich der Gebrauchsfähigkeit von Hand, Arm oder Bein;

Dauernde Vollinvalidität

Dauernde Vollinvalidität bezieht sich auf eine Invalidität, die die versicherte Person vollständig an der Ausübung irgendeiner Geschäftstätigkeit oder beruflichen Tätigkeit hindert, für die sie angemessenerweise durch Training, Ausbildung oder Erfahrung geeignet ist, und diese Invalidität zwölf Monate andauert, wobei nach Ablauf dieses Zeitraums keine Hoffnung auf Besserung bestehen darf.

II. REISE-RÜCKTRITTSKOSTEN-JAHRES-VERSICHERUNG

AVB JRV 05 RR

1. Was ist bei Nichtantritt der gebuchten und versicherten Reise versichert?

Bei Nichtantritt der gebuchten und versicherten Reise sind die vertraglich geschuldeten Stornokosten aus dem versicherten Reisearrangement bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme versichert.

2. Unter welchen Voraussetzungen erbringt der Versicherer die Leistung?

- 2.1 Versicherungsschutz besteht, wenn die planmäßige Durchführung der Reise nicht zumutbar ist, weil die versicherte Person selbst oder eine Risikoperson während der Dauer des Versicherungsschutzes nach Buchung der Reise von einem der nachstehenden Ereignisse betroffen wird:
- Tod;
 - schwere Unfallverletzung;
 - unerwartete schwere Erkrankung;
 - Verlust des Arbeitsplatzes der versicherten Person oder einer mitreisenden Risikoperson aufgrund einer unerwarteten betriebsbedingten Kündigung des Arbeitsplatzes durch den Arbeitgeber;
 - Unerwartete Vorladung der versicherten Person oder einer mitreisenden Risikoperson als Zeuge in einem Gerichtsverfahren;
 - Unerwartete Einberufung der versicherten Person zum Grundwehrdienst, zu einer Wehrübung oder zum Zivildienst, sofern der Termin nicht verschoben werden kann und die Stornokosten nicht von einem Kostenträger übernommen werden;
 - Schaden am Eigentum der versicherten Person durch Feuer, Explosion, Sturm, Blitzschlag, Hochwasser, Erdbeben oder

vorsätzlichen Straftat eines Dritten, sofern der Schaden erheblich ist oder sofern die Anwesenheit der versicherten Person zur Aufklärung erforderlich ist;

- Annullierung der zeitlich gebuchten, geplanten oder gemieteten Transportdienste (inklusive öffentlicher Verkehrsmittel) aufgrund von Unfall, Streik, gewerkschaftlicher Aufrufe, Flugzeugentführung, Straftaten, Aufruhr, Tumult, Feuer, Hochwasser, Erdbeben, Erdbeben, Lawinen, Unwetter-Ereignisse oder mechanischem Ausfall des Transportmittels. Voraussetzung ist, dass solch ein Ereignis die Annullierung auslöst oder die Annullierung aufgrund eines der genannten Ereignisse nach Buchung der versicherten Reise verkündet wird;
- erhebliche Beschädigung und dadurch bedingte Unbewohnbarkeit der vorher von der versicherten Person gebuchten Unterkunft für eine versicherte Reise.

2.2 Risikopersonen sind

- a) die nahen Angehörigen der versicherten Person.
- b) der Lebenspartner der versicherten Person oder einer der versicherten mitreisenden Personen.
- c) ein naher Arbeitskollege der versicherten Person oder einer der versicherten mitreisenden Personen.
- d) diejenigen, die gemeinsam mit der versicherten Person eine Reise gebucht und versichert haben, und deren Angehörige.

3. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

Kein Versicherungsschutz besteht

- 3.1 für Risiken, die in Punkt 5 der Allgemeinen Bestimmungen

- für die Jahres-Reiseversicherungen.
- 3.2 bei Niederkunft, Schwangerschaft oder anderen medizinischen Komplikationen, die innerhalb von zwei Monaten vor der erwarteten Niederkunft entstehen.
 - 3.3 wenn der versicherten Person Umstände bei der Buchung einer versicherten Reise bekannt waren, die geeignet sind die Stornierung oder den Abbruch der Reise herbeizuführen.
 - 3.4 bei mangelnder Sorgfalt bezüglich der Wahl der Transportmittel, der Route oder der Abfahrtszeit.
 - 3.5 sofern die Krankheit den Umständen nach als eine psychische Reaktion auf einen Terrorakt, ein Flugunglück oder aufgrund der Befürchtung von inneren Unruhen, Kriegseignissen oder Terrorakten aufgetreten ist.
 - 3.6 für Nichterfüllung seitens der Fluggesellschaft / des Reisebüros.

4. Was muss die versicherte Person bei Eintritt eines der in Punkt 2 genannten Ereignisse unbedingt unternehmen?

- Die versicherte Person ist verpflichtet,
- 4.1 die Reise unverzüglich nach Eintritt des versicherten Rücktrittsgrundes zu stornieren, um die Rücktrittskosten möglichst gering zu halten.
 - 4.2 den Versicherungsnachweis und die Buchungsunterlagen mit der Stornokosten-Rechnung einzureichen.
 - 4.3 schwere Unfallverletzung, unerwartete schwere Erkrankung und Schwangerschaft durch ein ärztliches Attest nachzuweisen, psychiatrische Erkrankungen durch Attest eines Facharztes für Psychiatrie.

- 4.4 zum Nachweis des versicherten Ereignisses auf Verlangen des Versicherers
 - eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung einzureichen oder der Einholung einer Bestätigung des Arbeitgebers darüber zuzustimmen.
 - der Einholung eines fachärztlichen Attestes durch den Versicherer über die Art und Schwere der Krankheit sowie der Unzumutbarkeit zur planmäßigen Durchführung der Reise zuzustimmen und dem Arzt die notwendige Untersuchung zu gestatten.
- 4.5 bei Verlust des Arbeitsplatzes das Kündigungsschreiben als Nachweis vorzulegen.
- 4.6 Bei Tod ist eine Sterbeurkunde und Erbschein vorzulegen.

5. Wie hoch ist die Versicherungssumme und welchen Selbstbehalt muss der Versicherte tragen?

Die Versicherungssumme für jedes Mitglied beträgt EUR 5.000,00, vorbehaltlich einer 10 %-igen Mitversicherung (seitens des Versicherten); gegen Aufpreis ist eine Erhöhung der Versicherungssumme bis EUR 10.000 möglich. Beträgt der Reisepreis mehr als die Versicherungssumme von max. EUR 10.000, müsste der Versicherte den Betrag tragen, um welchen die Kosten die Versicherungssumme übersteigen.

6. In welcher Höhe leistet der Versicherer Entschädigung?

- 6.1 Der Reisepreis darf die vereinbarte Versicherungssumme nicht übersteigen. Kosten für Zusatzprogramme sind mitversichert, wenn der Gesamtpreis die Versicherungssumme nicht übersteigt.

- 6.2 Ist die Versicherungssumme bei Eintritt des Versicherungsfalles niedriger als der Gesamtreisepreis (Unterversicherung), so haftet der Versicherer für den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zum Gesamtreisepreis.

In Verbindung mit der Reise-Rücktrittskosten-Versicherung gilt die Reiseabbruch-Versicherung.

III. REISEABBRUCH-JAHRESVERSICHERUNG

AVB JRV 05 RA

1. Welche zusätzlichen Leistungen bietet der Versicherer bei Abbruch einer gebuchten und versicherten Reise?

Kostenerstattung

- 1.1 Der Versicherer erstattet bei nicht planmäßiger Beendigung der Reise aus einem der in Punkt 2 AVB JRV 05 RR genannten Gründe die nachstehenden Kosten:
 - a) die nachweislich entstandenen zusätzlichen Rückreisekosten nach Art und Qualität der gebuchten und versicherten Reise, sofern An- und Abreise mitgebucht sind;
 - b) den Wert der gebuchten und noch nicht genutzten Reiseleistung mit Ausnahme der Rückreisekosten;
 - c) die zusätzlichen Kosten der Unterkunft der versicherten Person nach Art und Klasse der gebuchten und versicherten Leistung, wenn für die versicherte Person die planmäßige Beendigung der Reise nicht zumutbar ist, weil eine mitreisende Risikoperson wegen schwerer Unfallverletzung oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht transportfähig ist und über den gebuchten Rückreisetermin hinaus in stationärerer

Behandlung bleiben muss.

- d) Kann die versicherte Person einer gebuchten Rundreise wegen Krankheit oder Unfallverletzung vorübergehend nicht folgen, so erstattet der Versicherer die Nachreisekosten zum Wiederanschluss an die Reisegruppe, höchstens jedoch den Wert der noch nicht genutzten weiteren Reiseleistung.
- 1.2 Wird die Reise wegen Krankheit oder Unfallverletzung der versicherten Person oder einer mitreisenden Risikoperson nicht planmäßig beendet, so hat die versicherte Person unverzüglich Kontakt zur Alarmzentrale des Versicherungsnehmers aufzunehmen. Die versicherte Person hat zur Aufklärung beizutragen und durch qualifizierte ärztliche Atteste nachzuweisen, dass die planmäßige Beendigung der Reise wegen der Schwere der Erkrankung nicht möglich oder nicht zumutbar war.
- 2. Welchen Selbstbehalt trägt die versicherte Person?**
Der Selbstbehalt beträgt 10 % der erstattungsfähigen Kosten, vorbehaltlich eines Minimums von EUR 50,00 je Schaden, je Mitglied
- 3. In welcher Höhe leistet der Versicherer Entschädigung?**
- 3.1 Der Reisepreis darf die vereinbarte Versicherungssumme nicht übersteigen. Kosten für Zusatzprogramme sind mitversichert, wenn der Gesamtpreis die Versicherungssumme nicht übersteigt.
- 3.2 Ist die Versicherungssumme bei Eintritt des Versicherungsfalles niedriger als der Gesamtreisepreis (Unterversiche-

rung), so haftet der Versicherer für den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zum Gesamtreisepreis.

IV. REISEGEPÄCK-JAHRESVERSICHERUNG

AVB JRV 05 RG

1. Was ist versichert?

Zum versicherten Reisegepäck zählen alle Sachen des persönlichen Reisebedarfs einschließlich Geschenke und Reiseandenken.

2. Wann besteht Versicherungsschutz?

2.1 Aufgegebenes Gepäck

- a) Versichert ist Reisegepäck, wenn es abhanden kommt oder beschädigt wird, während es sich im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens, eines Beherbergungsbetriebs oder einer Gepäckaufbewahrung befindet.
- b) Erreicht zur Beförderung aufgegebenes Reisegepäck den Bestimmungsort wegen verzögerter Beförderung nicht innerhalb von 12 Stunden die versicherte Person, werden die nachgewiesenen Aufwendungen für die Wiedererlangung des Gepäcks und für notwendige Ersatzbeschaffungen zur Fortführung der Reise mit max. EUR 250,00 je versicherter Person erstattet.

2.2 Reisegepäck im abgestellten Fahrzeug

Versicherungsschutz besteht bei Einbruchdiebstahl aus einem abgestellten Fahrzeug und aus daran mit Verschluss

gesicherten Packboxen, wenn der Schaden zwischen 06.00 und 22.00 Uhr eintritt. Bei einer Fahrtunterbrechung, die nicht länger als zwei Stunden dauert, besteht auch nachts Versicherungsschutz.

2.3 Übrige Reisezeit

Während der übrigen Reisezeit besteht Versicherungsschutz, wenn Reisegepäck abhanden kommt oder beschädigt wird durch

- a) Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Raub, räuberische Erpressung, absichtliche Sachbeschädigung durch Dritte;
b) Unfälle, bei denen die versicherte Person eine schwere Verletzung erleidet oder das Transportmittel zu Schaden kommt;
c) Feuer, Elementarereignisse, höhere Gewalt.

3. Für welche Gegenstände besteht kein Versicherungsschutz, und welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

- 3.1 Von der Versicherung sind folgende Gegenstände ausgeschlossen:
- a) Geld, Wertpapiere, Fahrkarten und Dokumente aller Art;
b) EDV-Geräte, Software, Mobiltelefone und Zubehör;
c) motorgetriebene Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge samt Zubehör;
d) Sport-Ausrüstungen während sie in Gebrauch sind und Fahrräder;
- 3.2 Einschränkungen des Versicherungsschutzes
- a) Schmuck und Kostbarkeiten sind in Gepäck, das zur Beförderung aufgegeben ist, um im abgestellten Fahrzeug nicht versichert. Während der übrigen Reise besteht Versicherungs-

schutz, wenn sie in einem Safe oder einem anderen verschlossenen Behältnis, das gegen Wegnahme gesichert ist oder im persönlichen Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt werden.

- b) Foto-, Film- und Videoapparate jeweils samt Zubehör sind in Gepäck, das zur Beförderung aufgegeben ist, nur dann versichert, wenn sie in einem verschlossenen und durch Verschluss gesicherten Behältnis verpackt sind.
- c) Vermögensfolgeschäden sind nicht versichert.
- d) Schäden durch Vergessen, Liegen-, Hängen, Stehen lassen oder Verlieren sind nicht mitversichert.
- e) Versicherungsschutz für Schäden am Reisegepäck während des Zeltens und Campings besteht nur auf offiziell eingerichteten Campingplätzen.

4. Unter welchen Bedingungen gilt eine Reise als versichert im Land des ständigen Wohnsitzes?

Die Versicherungsdeckung für Reisen innerhalb des Landes des ständigen Wohnsitzes gilt ab einer Entfernung von mindestens 40 Kilometern in Verbindung mit zwei im Voraus gebuchten Übernachtungen außerhalb des ständigen Wohnsitzes des Mitglieds.

5. In welcher Höhe leistet der Versicherer Entschädigung?

- 5.1 Die Höchstentschädigung beträgt für
 - a) Schmuck und Kostbarkeiten maximal EUR 400,00 je Schadenfall;
 - b) Brillen und Kontaktlinsen EUR 200,00 je Schadenfall;
 - c) Geschenke und Reiseandenken jeweils insgesamt bis zu

EUR 300,00 je Versicherungsfall.

5.2 Bis zur Höhe der Versicherungssumme ersetzt der Versicherer im Versicherungsfall für alle übrigen Gegenstände des Reisegepäcks

- a) den Zeitwert zu Schaden gekommener Sachen. Der Zeitwert ist jener Betrag, der erforderlich ist, um neue Sachen gleicher Art und Güte anzuschaffen abzüglich eines dem Zustand der versicherten Sache (Alter, Abnutzung, Gebrauch etc.) entsprechenden Betrages. Für während der Reise gekaufte Gegenstände wird höchstens der Kaufpreis erstattet.
- b) die notwendigen Reparaturkosten für beschädigte Sachen und gegebenenfalls die verbleibende Wertminderung, höchstens jedoch den Zeitwert;
- c) den Materialwert für Filme, Bild-, Ton- und Datenträger.
- d) die amtlichen Gebühren für die Wiederbeschaffung von Ausweisen.

5.3 Ist die Versicherungssumme niedriger als der Zeitwert des versicherten Reisegepäcks (Versicherungswert), zahlt der Versicherer infolge Unterversicherung nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zum Versicherungswert.

6. Was ist die Gesamtversicherungssumme für Gepäck und persönliches Eigentum jedes Versicherten?

EUR 2.500,00 für jedes Mitglied, jedoch EUR 1.250,00 für Kinder unter sechzehn (16) Jahren, vorbehaltlich der folgenden Beschränkungen:

- a) EUR 750,00 maximal je einzeltem Gegenstand
- b) EUR 250,00 insgesamt für verspätetes Gepäck bei einer Verspätung von mehr als zwölf (12) Stunden

7. Welchen Selbstbehalt trägt die versicherte Person?

Der Selbstbehalt beträgt EUR 50,00 je Schaden, je Mitglied.

8. Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt beachten?

- 8.1 Schäden an aufgegebenem Gepäck müssen dem Beförderungsunternehmen bzw. dem Beherbergungsbetrieb unverzüglich gemeldet werden. Dem Versicherer ist eine Schadenbestätigung des betreffenden Unternehmens einzureichen. Äußerlich nicht erkennbare Schäden sind dem Beförderungsunternehmen nach der Entdeckung unverzüglich, spätestens innerhalb von sieben Tagen nach Aushändigung des Gepäckstücks schriftlich anzuzeigen.
- 8.2 Schäden durch strafbare Handlungen sind unverzüglich der nächsten Polizeidienststelle unter Einreichung einer Liste aller in Verlust geratenen Sachen anzuzeigen.
- 8.3 Wird eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei werden, gemäß Punkt 6, Abs. 2 der Allgemeine Bestimmungen für die Jahres-Reiseversicherungen (AVB JRV 05 AB)

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

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat oder aus Anlass des Versicherungsfalls, insbesondere in der Schadenanzeige, vorsätzlich unwahre Angaben macht, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

V. UMBUCHUNGSgebühren-Versicherung

(AVB JRV 06 UGV)

1. Was ist versichert?

Es werden der versicherten Person die vertraglich geschuldeten Aufwendungen für Stornierungen bzw. Änderungen (Umbuchungen) von voraus gebuchten Flügen / Reisen („Frühbucher“) infolge persönlicher Gründe erstattet.

2. Unter welchen Voraussetzungen erbringt der Versicherer die Leistung?

- 2.1 Der Versicherungsschutz für diese Leistung gilt nur, wenn dieser gemeinsam mit den anderen Leistungen des Versicherungspaketes erworben wurde, und nicht separat erworben wird.
- 2.2 Die Stornierung / Umbuchung muss bis spätestens 21 Tage vor Reisebeginn erfolgen.

3. In welcher Höhe leistet der Versicherer Entschädigung?

Erstattet werden maximal EUR 50,00 der Gebühren je versicherter Person, je Reise

4. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

Zusätzlich zu Punkt 5 der Allgemeine Bedingungen für die Jahres-Reiseversicherungen (AVB JRV 05 AB) gewährt diese Versicherung keine Deckung im Fall von:

- 4.1 Krieg, Terrorismus und Massenvernichtung, ungeachtet dessen, ob Krieg erklärt wurde oder nicht; Feindseligkeiten bzw. Kriegs- bzw. Bürgerkriegshandlungen:

4.2 radioaktiver Verseuchung;

4.3 Teilnahme der versicherten Person an jeglicher Art von Flugaktivitäten, außer als Passagier;

4.4 bewusster Aussetzung gegenüber einer ungewöhnlichen Gefahr (außer im Versuch, Menschenleben zu retten) der versicherten Person;

4.5 einer vorsätzlichen Straftat der versicherten Person.