

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-R) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen

Teil I: Allgemeine Bedingungen

Teil I (AVB-R) enthält allgemeine Regelungen für unsere Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Auslandsreisen. Welche Leistungen, Beiträge und sonstige Bestimmungen für Ihren Tarif konkret vereinbart sind, entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung in Teil II (nachfolgend „Tarif“).

1. Information zum Versicherer

(1) Sitz des Versicherers Lifestyle Protection AG ist der Proactiv-Platz 1, 40721 Hilden. Die Handelsregisternummer ist HRB 63310 am Amtsgericht Düsseldorf. Hauptsitz der Gesellschaft ist Hilden unter der Rechtsform AG (Aktiengesellschaft).

(2) Die LifeStyle Protection AG hat die folgende Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE 815366149.

2. Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

3. Vertragssprache

Die Vertragsbedingungen und Informationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt. Während der Laufzeit des Vertrages erfolgt die Kommunikation ausnahmslos in deutscher Sprache.

4. Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für auf Auslandsreisen unvorhergesehen eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem im Ausland unvorhersehbar eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Eine Auslandsreise beginnt mit ihrem Antritt, jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.

(3) 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. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

5. Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem wirksamen Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag. Der Beitritt erfolgt automatisch, wenn bereits ein Konto mit Bonus Paket bei Santander geführt wird. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

(2) Die Dauer des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif.

(3) Der Versicherungsschutz endet in jedem Fall mit dem Wirksamwerden der Kündigung des Kontovertrages mit Santander. Er endet ebenfalls, wenn der Gruppenversicherungsvertrag zwischen Santander und dem Versicherer gekündigt wird. In diesem Fall werden Sie rechtzeitig informiert. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(4) Bei unterjähriger Kündigung des Kontovertrages erlischt der Versicherungsschutz zum Monatsende des Kündigungsmonats.

6. Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit Ende der Reise.

(2) Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

7. Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 1 genannten Behandlungen verordnet wurden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(4) Art und Höhe der Versicherungsleistung ergeben sich aus dem Tarif. Ist Ersatz von Rücktransport- oder Überführungskosten vorgesehen, gilt Folgendes:

- a) Der Rücktransport eines Erkrankten muss medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und grundsätzlich an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen, sofern im Tarif nichts anderes vereinbart ist,
- b) Überführungskosten sind die beim Tode einer versicherten Person während der Reise entstandenen, unmittelbaren Kosten einer Überführung an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz. Anstelle von Überführungskosten können Bestattungskosten im Ausland bis zu der im Tarif für Überführungskosten genannten Höhe übernommen werden. Überführungs- & Bestattungskosten sind nicht erstattungsfähig, wenn die Behandlungskosten für die/den zum Tode führende(n) Erkrankung/Unfall nicht erstattungsfähig gewesen sind oder gewesen wären.

(5) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die entweder im Aufenthaltsland oder in der

Bundesrepublik Deutschland von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

8. Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist, sowie für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war.
Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;
- c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- d) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- e) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
- f) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;
- g) für Hilfsmittel;
- h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- i) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- j) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
- k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- l) für Behandlungen wegen Sterilität und künstliche Befruchtung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht

angemessenen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

9. Auszahlung der Versicherungsleistungen; einzureichende Nachweise

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z.B. dem in § 5 Abs. genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Erstattungsleistung vermerkt hat.

(2) 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 Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch den in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

(3) Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen.

(4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik" Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(6) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden, können von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

(8) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG: s. Anhang).

10. Beitrag

Der Beitrag wird über Santander als Versicherungsnehmer entrichtet.

11. Obliegenheiten

- (1) Sie haben sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen, - jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers haben Sie jede Auskunft zu erteilen, die zu Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers sind Sie verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Außerdem sind Sie verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere die Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht).

12. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 - 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG; siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

13. Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlten Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

14. Aufrechnung

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

15. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

16. Sanktionsvorschriften

Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf Sie oder auf Santander direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland (Sanktionsvorschriften) entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

17. Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Gültig ab 01.08.2025

Auszug Versicherungsvertragsgesetz {VVG}:

§ 14

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der

Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung befreit wird, ist unwirksam.

§ 28

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllende 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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 82

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.
- (3) Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung 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.
- (4) Abweichend von Absatz 3 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

§ 86

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen

keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. 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) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Anlage D

ARJ - Auslandsreise-Versicherung Jahrespolice

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I (AVB-R) und Teil II (Tarifbeschreibung) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen

Teil II : Tarifbeschreibung Krankheitskostentarif für Behandlung auf Reisen

Tarif/Klasse	ARJ / 20130012
A. Leistung des Versicherers	I. Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100% ohne Höchstsatz für <ol style="list-style-type: none"> 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert; 2. Arznei- und Verbandmittel; 3. Folgende Heil-/Hilfsmittel: ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms. Die medizinisch notwendigen Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausfertigung; 4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik; 5. Krankenhausbehandlung; 6. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; 7. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung, nicht aber Zahnersatz jeglicher Art einschließlich Inlays/Onlays oder kieferorthopädischer Leistungen
	II. Ersatz der Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person zu 100% sofern <ol style="list-style-type: none"> 1. Dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und 2. Vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgte. Medizinisch sinnvoll ist ein Rücktransport insbesondere, wenn

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Krankenhausbehandlung im Ausland nach der Prognose des behandelnden Arztes am Aufenthaltsort die Dauer von 14 Tagen übersteigen wird oder • Die Kosten der Behandlung im Ausland voraussichtlich die Kosten für den Rücktransport übersteigen <p>Die Entscheidung darüber, ob ein der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers bzw. dessen Assistance, der sich hierzu mit dem behandelnden Arzt am Aufenthaltsort berät.</p> <p>Liegen lediglich die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen vor, so werden die Mehrkosten eines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rücktransportes innerhalb Europas nur bis zur Höhe von 5.000,00 Euro erstattet. • Rücktransporte darüber hinausgehend nur bis zur Höhe von 10.000,00 Euro erstattet. <p>III. Darüber hinaus erstatten wir für: Überführung aus Europa bis 5.000,00 Euro aus dem übrigen Ausland bis 10.000,00 Euro</p> <p>Alle Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.</p> <p>IV. Krankenhaustagegeld wird anstelle des Kostenersatzes bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geleistet, wenn insoweit keine Kosten geltend gemacht werden, in Höhe von 30,00 Euro</p>
<p>B. Beiträge und Gebühren</p>	<p>1. Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.</p>
<p>C. Sonstige Bestimmungen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Höchstaufnahmealter ist nicht vorgesehen. 2. Der Versicherungsschutz gilt jeweils für die ersten 42 Tage aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Auslandsreisen. Endet das Versicherungsjahr während der ersten 42 Tage einer solchen Reise, gilt der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist. Die Nachleistung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit gemäß Nr. 6 Abs. 2 AVB-R gilt auch bei Ende des Versicherungsschutzes. 3. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Tage des Versicherungsbeginns und endet am 31.12. desselben Jahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein. 4. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. 5. Versicherungsfähig sind deutsche und ausländische Staatsbürger mit Hauptwohnsitz in Deutschland für vorübergehende Auslandsaufenthalte. 6. Analog Nr. 4 Abs. 2 AVB-R besteht kein Versicherungsschutz in dem Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.

Gültig in Verbindung mit AVB-R Teil I Allgemeine Bedingungen.

Gültig ab 01.08.2025

Stand dieses Dokuments (AVB-R): 01.08.2025