

Für alle auf der Buchungsbestätigung/Rechnung aufgeführten und dokumentierten Reiseversicherungen gelten die jeweiligen Bestimmungen der in diesem Druckstück enthaltenen Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen (VB MDT 2020-INC). Inhalt und Umfang des jeweiligen Versicherungsschutzes ergeben sich aus den dort beschriebenen Versicherungsarten.

INCOMING

Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen der MDT travel underwriting GmbH für den führenden Versicherer Helvetia Versicherungs-AG (VB MDT 2020-INC)

I. Allgemeine Bestimmungen

Die nachstehenden Regelungen unter §§ 1 bis 13 gelten für alle Reiseversicherungen des durch die MDT travel underwriting GmbH vertretenen führenden Versicherers Helvetia Versicherungs-AG und weiterer beteiligter Versicherer.

§ 1 Versicherte Reise/versicherte Personen

Versicherungsschutz besteht für die jeweils versicherte vorübergehende Reise in Gastländer (Deutschland und Schengen-Staaten ohne ständigen Wohnsitz der versicherten Person) der in der Buchungsbestätigung/ Rechnung namentlich genannten Personen oder den in der Buchungsbestätigung/Rechnung festgelegten Personenkreis, sofern die Versicherungsprämie entrichtet und der Versicherungsvertrag spätestens innerhalb der ersten zwei Werktage nach Einreise in Deutschland oder ein anderes Gastland abgeschlossen wurde.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt nach Zahlung der Prämie innerhalb der vereinbarten Laufzeit – frühestens mit dem Grenzübertritt in den Geltungsbereich Incoming – und endet spätestens mit Beendigung der Reise bzw. der Rückkehr in das Heimatland.

§ 3 Prämie

Die Prämie ist bei Buchung gegen Aushändigung der Buchungsbestätigung/Rechnung zu zahlen. Der Versicherungsschutz tritt nur dann in Kraft, wenn die Zahlung vor Reiseantritt/Versicherungsbeginn geleistet wurde.

§ 4 Ausschlüsse

- Kein Versicherungsschutz besteht,
 - für psychische Erkrankungen;
 - bei Erkrankungen aufgrund psychischer Reaktion oder Befürchtung von Kriegsereignissen, Unruhen, Terrorakten oder Flugunglücken.
- Nicht versichert sind Schäden durch Krieg, Bürgerkrieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Streik, Kernenergie, Beschlagnahme und sonstige Eingriffe von hoher Hand.
- Es besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person während der versicherten Reise überraschend von einem Kriegs- oder Bürgerkriegsereignis betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in Staaten, auf deren Gebiet zur Zeit der Einreise der versicherten Person bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder wo dessen Ausbruch absehbar war. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.

§ 5 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls

- Die versicherte Person ist verpflichtet,
 - alles zu vermeiden, was zu unnötigen Kosten führen könnte (Schadenminderungspflicht);
 - den Schaden den Versicherern unverzüglich anzuzeigen;
 - auf Verlangen der Versicherer jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist, jede sachdienliche Auskunft wahrheitsgemäß zu erteilen, den Versicherungsnachweis (z. B. Buchungsbestätigung, Einzahlungsbeleg) sowie erforderliche Originalbelege und geeignete Nachweise einzureichen. Zum Nachweis der Einreise sind Kopien der Einreisedokumente oder die Flugtickets oder Fahrscheine vorzulegen;
 - auf Verlangen der Versicherer, sich durch einen von den Versicherern beauftragten Arzt untersuchen zu lassen;
 - zur Prüfung, ob und ggf. in welchem Umfang ein bedingungsgemäßer Versicherungsfall vorliegt, auf Verlangen der Versicherer Heilbehandler, Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zur Auskunftserteilung zu ermächtigen und von ihrer Schweigepflicht den Versicherern gegenüber zu entbinden, sofern die versicherte Person die für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Informationen und Unterlagen nicht selbst beschaffen und vorlegen kann.
- Wird eine dieser allgemeinen oder der jeweils zusätzlichen Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, sind die Versicherer von ihrer Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind die Versicherer berechtigt, ihre Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entspricht. Die Versicherer bleiben insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung der Versicherer gehabt hat, es sei denn, dass die versicherte Person arglistig gehandelt hat.

§ 6 Zahlung der Entschädigung

- Ist die Leistungspflicht der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, erfolgt die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen.

§ 7 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an die Versicherer schriftlich abzutreten.
- Der Versicherungsnehmer oder 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 die Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Ziffern 1 und 2 genannten Obliegenheiten, sind die 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 sind die Versicherer berechtigt, ihre Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die die Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Ziffern 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 8 Besondere Verwirkungsründe, Verjährung

- Die Versicherer sind von der Entschädigungspflicht frei, wenn die versicherte Person
 - den Versicherungsfall durch Vorsatz herbeigeführt hat;
 - die Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
- Der Anspruch auf Versicherungsleistung verjährt in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der versicherten Person bekannt war bzw. bekannt sein musste. Ist ein Anspruch bei den Versicherern angemeldet worden, ist die Verjährung solange gehemmt, bis der versicherten Person die Entscheidung der Versicherer zugeworfen ist.

§ 9 Ansprüche gegen Dritte

- Ersatzansprüche gegen Dritte gehen im gesetzlichen Umfang bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf die Versicherer über.
- Sofern erforderlich, ist die versicherte Person verpflichtet, in diesem Umfang Ersatzansprüche an die Versicherer abzutreten.

§ 10 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen

- Versicherungsschutz besteht subsidiär zu anderweitig bestehendem Versicherungsschutz, d.h. soweit im Versicherungsfall eine Entschädigung aus anderen Versicherungen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverhältnisse ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt und unbeeinträchtigt. Meldet die versicherte Person den Versicherungsfall MDT oder den von MDT vertretenen Versicherern, werden diese in Vorleistung treten und den Versicherungsfall bedingungsgemäß regulieren (Subsidiarität).

§ 11 Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland 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.

§ 12 Gerichtsstand/Anzuwendendes Recht

- Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer und Klagen gegen den führenden Versicherer ist das Gericht am Sitz des führenden Versicherers zuständig.
- Soweit gesetzlich zulässig, gilt deutsches Recht.

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und der Versicherer bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail). Reisevermittler sind zur Entgegennahme nicht bevollmächtigt. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 14 Beschwerdestelle

Beschwerdestelle Bei Beschwerden oder Meinungsverschiedenheiten kann eine Schlichtungsstelle nach § 214 VVG eingeschaltet werden: Sie können sich an den Versicherungsombudsmann e.V.; Postfach 08 06 32 in 10006 Berlin wenden. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt davon unberührt.

Widerrufsrecht und Folgen des Widerrufs

1. Bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von **mindestens** einem Monat haben Sie gemäß § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) ein Widerrufsrecht. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von **weniger** als einem Monat.

2. Widerrufsrecht: Sie können Ihre Vertragserklärung gemäß § 8 Abs. 1 VVG innerhalb von 14 Tagen ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist nach § 8 Abs. 4 VVG jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: MDT travel underwriting GmbH Walther-von-Cronberg-Platz 6 60594 Frankfurt am Main E-Mail: info@mdt24.de Fax: +49 (0) 6103 70649-200

3. Folgen des Widerrufs: Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil Ihres Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/360 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Jahresbeitrags zuzüglich Versicherungssteuer pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

4. Besondere Hinweise: Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag auf ausdrücklichen Wunsch von beiden Seiten vollständig erfüllt wurde, bevor Sie das Widerrufsrecht ausüben.

II. Besondere Bestimmungen

(abhängig vom vereinbarten Versicherungsumfang)

I. Incoming-Krankenversicherung und 24h-Notfall-Assistance

§ 1 Gegenstand der Versicherung

1. Die Versicherer leisten während einer vorübergehenden Reise im Gastland (Geltungsbereich Incoming) bei akut eintretenden Krankheiten und Unfällen Entschädigung für die Kosten der

- a) Heilbehandlungen im Gastland;
- b) Krankentransporte;
- c) Überführung bei Tod.

2. Die Versicherer erbringen durch die bevollmächtigte 24h-Notrufzentrale Beistandsleistungen in den nachstehenden Notfällen, die der versicherten Person während der Reise zustoßen.

§ 2 Heilbehandlungen im Gastland

1. Die Versicherer erstatten die Kosten der im Gastland notwendigen Heilbehandlungen, die von Ärzten durchgeführt oder verordnet werden.

Dazu gehören insbesondere

- a) stationäre Behandlungen im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbare Operationen;
- b) ambulante Heilbehandlungen;
- c) Arznei-, Heil- und Verbandsmittel;
- d) ärztliche Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, medizinisch bedingten Schwangerschaftsunterbrechungen sowie Fehl- und Frühgeburten bis einschließlich der 32. Schwangerschaftswoche;
- e) bei einer Frühgeburt bis einschließlich der 32. Schwangerschaftswoche die Kosten der im Gastland notwendigen Heilbehandlungen des neugeborenen Kindes;
- f) schmerzstillende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz und Zahnprothesen bis zu insgesamt 250,- Euro je Versicherungsfall;
- g) Anschaffung von Herzschrittmachern und Prothesen, die aufgrund von Unfällen oder Erkrankungen, die während der Reise auftreten, erstmals notwendig werden, um die Transportfähigkeit der versicherten Person zu gewährleisten;
- h) Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Miete eines Rollstuhls), sofern sie aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit auf der versicherten Reise erstmals notwendig werden, bis zu insgesamt 250,- Euro je Versicherungsfall.

2. Behandlungskosten in Deutschland werden in Höhe der Gebührensätze erstattet, die die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorsieht. Honorarvereinbarungen werden von den Versicherern nicht anerkannt. Die Kosten stationärer Behandlung werden

nach dem jeweils geltenden Regelsatz der gebietszuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse erstattet.

3. Sofern ein Krankenrücktransport an den Wohnort im Heimatland der versicherten Person bis zum Ende des versicherten Aufenthaltes wegen ärztlich nachgewiesener Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist, erstatten die Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit.

4. Muss ein mitversichertes Kind bis einschließlich 12 Jahre stationär behandelt werden und ist eine Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus erforderlich, erstatten die Versicherer die notwendigen und nachgewiesenen Kosten.

5. Medizinische Versorgung im Reiseziel

- a) Die Notrufzentrale informiert auf Anfrage vor und während der Reise über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und benennt, falls möglich, einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt.
- b) Benötigt die versicherte Person Arzneimittel, die ihr auf der Reise abhanden gekommen sind, übernimmt die Notrufzentrale die Beschaffung und den Versand der Ersatzpräparate. Die Kosten der Präparate sind von der versicherten Person binnen eines Monats nach Rechnungsstellung zurückzuerstatten.

6. Krankenhausaufenthalt

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person in einem Krankenhaus erbringt die Notrufzentrale folgende Leistungen:

- a) Betreuung
Die Notrufzentrale stellt bei Bedarf über einen von ihr beauftragten Arzt den Kontakt zum jeweiligen Hausarzt sowie zu den behandelnden Krankenhausärzten her und sorgt für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten.
- b) Kostenübernahmegarantie und Abrechnung
Die von den Versicherern bevollmächtigte Notrufzentrale gibt gegenüber dem Krankenhaus eine erste Kostenübernahmegarantie bis zu 15.000,- Euro ab. Sie übernimmt namens und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit den zuständigen Kostenträgern. Soweit diese die von den Versicherern gezahlten Beträge nicht übernehmen, sind sie von der versicherten Person binnen eines Monats nach Rechnungsstellung an die Versicherer zurückzuzahlen.

§ 3 Krankentransporte/Überführung

1. Sobald es medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, organisiert die Notrufzentrale den Krankenrücktransport der versicherten Person mit medizinisch adäquaten Transportmitteln (einschließlich Ambulanzflugzeugen) an den Wohnort der versicherten Person oder in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

2. Stirbt die versicherte Person während der Reise, organisiert die Notrufzentrale auf Wunsch der Angehörigen die Bestattung im Ausland oder die Überführung der verstorbenen Person zum Bestattungsort.

3. Die Versicherer erstatten die Kosten für

- a) den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport aus dem Gastland an den Wohnort im Heimatland der versicherten Person beziehungsweise in das dem Wohnort im Heimatland nächstgelegene geeignete Krankenhaus;
- b) den Krankentransport zur stationären Behandlung im Krankenhaus im Gastland;
- c) die Bestattung im Gastland oder die Überführung zum Bestattungsort im Heimatland.

§ 4 Such-, Rettungs- und Bergungskosten

Erleidet die versicherte Person einen Unfall und muss sie deswegen gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstatten die Versicherer die Kosten bis zu 5.000,- Euro.

§ 5 Verlust von Reisezahlungsmitteln, Reisedokumenten und Reisegepäck

1. Kommt die versicherte Person in eine finanzielle Notlage, weil ihre Reisezahlungsmittel abhanden gekommen sind, stellt die Notrufzentrale den Kontakt zur Hausbank her und unterstützt diese bei der Übermittlung des zur Verfügung gestellten Betrags. Ist eine Kontaktaufnahme zur Hausbank innerhalb von 24 Stunden nicht möglich, stellen die Versicherer der versicherten Person ein Darlehen bis zu 1.500,- Euro zur Verfügung. Das Darlehen ist binnen eines Monats nach Beendigung der Reise an die Versicherer zurückzuzahlen.

2. Bei Verlust von Kredit- oder EC- bzw. Maestro-Karten hilft die Notrufzentrale bei der Sperrung der Karten. Die Notrufzentrale haftet jedoch nicht für den ordnungsgemäßen Vollzug der Sperrung und für etwaig entstehende Vermögensschäden.

3. Bei Verlust von Reisedokumenten hilft die Notrufzentrale bei der Ersatzbeschaffung.

4. Bei Verlust von Reisegepäck ist die Notrufzentrale bei dessen Auffindung behilflich.

§ 6 Ausschlüsse/Einschränkungen

1. Nicht versichert sind

- a) Heilbehandlungen, die ein Anlass für den versicherten Aufenthalt im Gastland waren;

- b) Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, bei denen der versicherten Person bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise aus medizinischen Gründen stattfinden mussten (z. B. Dialysen o. ä.);
 - c) Heilbehandlungen von Erkrankungen, die bei Reiseantritt bereits bestanden und bekannt waren, sowie Verschlechterungen bereits bestehender Erkrankungen, soweit sie vor Reiseantritt absehbar waren;
 - d) Anschaffung und Reparatur von Sehhilfen und Hörgeräten;
 - e) Anschaffung und Reparatur von Herzschrittmachern und Prothesen, es sei denn, dass die Anschaffung aufgrund von Unfällen oder Erkrankungen, die während der Reise auftreten, erstmals notwendig wird, um die Transportfähigkeit der versicherten Person zu gewährleisten;
 - f) Unfall- oder Krankheitskosten, deren (Mit-)Ursache Alkoholeinfluss ist und hervorgerufen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, welche auf Missbrauch von Drogen, Rausch- oder Betäubungsmitteln, Schlaftabletten oder sonstigen narkotischen Stoffen beruhen;
 - g) Kur-, Sanatoriums- und Wellness-Behandlungen sowie Akupunktur, Fango und Massagen;
 - h) Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung;
 - i) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose;
 - j) Wahlleistungen wie z. B. Einbettzimmer oder Chefarztbehandlung;
 - k) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - l) Heilbehandlungen aufgrund versuchten Suizids und dessen Folgen einschließlich Krankenrücktransport sowie Überführung aufgrund vollendeten Suizids;
 - m) Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie nach der vollendeten 32. Schwangerschaftswoche die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, medizinisch bedingten Schwangerschaftsunterbrechungen sowie Entbindungen und deren Folgen. Nicht medizinisch bedingte Schwangerschaftsunterbrechungen sind zu keinem Zeitpunkt versichert.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder eine sonstige Maßnahme das medizinisch

notwendige Maß, so können die Versicherer ihre Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Die berechneten Honorare und Gebühren dürfen den in dem betreffenden Land als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang nicht übersteigen. Anderenfalls kann die Erstattung auf die landesüblichen Sätze gekürzt werden.

§ 7 Zusätzliche Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls

1. Die versicherte Person ist verpflichtet,

- a) vor Beginn einer stationären Heilbehandlung und Inanspruchnahme von Leistungsleistungen im Rahmen der 24h-Notfall-Assistance sowie vor Durchführung von Krankenrücktransporten unverzüglich Kontakt zur Notrufzentrale aufzunehmen;
- b) dem Versicherer die Rechnungsoriginale oder Zweitschriften mit einem Originalerstattungsstempel eines anderen Leistungsträgers über die gewährten Leistungen vorzulegen; diese werden Eigentum der Versicherer.

2. Bei Verletzung einer der vorgenannten Obliegenheiten gilt I § 5 Ziff. 2 entsprechend.

§ 8 Selbstbehalt

Die versicherte Person trägt bei Heilbehandlungskosten im Gastland einen Selbstbehalt in Höhe von 100,- Euro je Versicherungsfall.

Die komplette Abwicklung, Vertrags- und Schadenbearbeitung erfolgt für den führenden Versicherer Helvetia Versicherungs-AG und weitere beteiligte Versicherer durch die:

MDT travel underwriting GmbH

Walther-von-Cronberg-Platz 6
60594 Frankfurt
Tel.: +49 (0) 6103 70649-150
Fax: +49 (0) 6103 70649-201
E-Mail: info@mdt24.de

Glossar

zu Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen der MDT travel underwriting GmbH für den führenden Versicherer Helvetia Versicherungs-AG (VB MDT 2020-INC)

Erkrankung (unerwartete schwere Erkrankung)

Als unerwartet gilt die Erkrankung, die nach Versicherungsbuchung erstmals auftritt. Verschlechterungen bereits bestehender Erkrankungen gelten dann als unerwartet, wenn in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbuchung keine ärztliche Behandlung erfolgte; ausgenommen hiervon sind Kontrolluntersuchungen.

Gastland/Geltungsbereich Incoming:

Als Gastland gelten alle Staaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz (Schengen-Staaten).

Als Gastland gilt nicht das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

Heimatland

Heimatland ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat bzw. vor Antritt des versicherten Aufenthaltes zuletzt hatte.

Kontrolluntersuchungen

Kontrolluntersuchungen sind regelmäßig durchgeführte medizinische Untersuchungen, die durchgeführt werden, um den Gesundheitszustand des Patienten festzustellen (dazu gehören z. B. Urinuntersuchung, die körperliche Untersuchung mit Abhören des Herzens und Überprüfung der Gelenke, Blutdruck messen, EKG etc.). Sie werden nicht aufgrund eines konkreten Anlasses durchgeführt (wie z. B. Auftreten von Komplikationen und Beschwerden oder notwendige Nachsorgeuntersuchung nach einer OP) und dienen auch nicht der Behandlung (wie z. B. Ermöglichung oder Beschleunigung einer Heilung, die Beseitigung oder Linderung von Symptomen, die Wiederherstellung der körperlichen oder psychischen Funktion durch direkte oder indirekte Einwirkung von Ärzten, Therapeuten, medizinischem Personal und/oder Verschreibung von Medikamenten oder anderen therapeutischen Maßnahmen).

Krankentransport

Ein Krankentransport zeichnet sich dadurch aus, dass er mit einem Krankenwagen und fachgerechter Betreuung durch dafür qualifiziertes Personal erfolgt.

medizinisch notwendig

Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Medizinische Leistungen oder Versorgungen werden somit nur als medizinisch notwendig und angemessen erachtet, wenn

- diese erforderlich sind, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zu diagnostizieren oder zu behandeln;
- die Beschwerden, die Diagnose und Behandlung mit der zugrunde liegenden Erkrankung übereinstimmen;
- diese die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen;
- diese nur über einen angemessenen Behandlungszeitraum hinweg erbracht werden.

medizinisch sinnvoll

Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beraten-

den Arzt der Versicherer (ggf. auch in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt des Kunden in Deutschland) in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland. Dieser erfolgt z. B. wenn die Heilungs- und Genesungschancen in Deutschland besser sind als im Reiseland.

notwendige und angemessene Mehrkosten

Notwendige und angemessene Mehrkosten beinhalten die Kosten, die aufgrund einer unausweichlichen Situation entstanden sind und die abgestellt sind auf die ursprünglich gebuchte Art und Qualität der versicherten Reiseleistung.

Pandemie

Eine Pandemie liegt vor, wenn auf weiten Teilen eines Kontinents oder mehrerer Kontinente eine infektiöse Erkrankung ausbricht (Warnstufe 6 der Weltgesundheitsorganisation WHO). Schadenereignisse im Zusammenhang mit Pandemie sind im Versicherungsschutz aller Produkte enthalten.

unverzüglich

Ohne schuldhaftes Zögern.

versicherte Personen

Versicherte Personen sind die in der Buchungsbestätigung/Rechnung oder im Zahlungsbeleg namentlich genannten Personen oder der in der Buchungsbestätigung/Rechnung beschriebene Personenkreis.

Vorerkrankung

Unter einer Vorerkrankung versteht man eine Erkrankung, die schon zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses bestanden hat und der versicherten Person bekannt war. Hierzu zählen auch alle chronischen Krankheiten, aber auch solche Erkrankungen die schubförmig verlaufen wie z. B. Multiple Sklerose oder AIDS etc. sowie chronische psychische Erkrankungen.

Erläuterungen

Versicherungsschutz besteht unter anderem, wenn die planmäßige Durchführung der Reise aufgrund einer unerwarteten schweren Erkrankung nicht zumutbar ist.

Wir möchten, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erläutern wir den Fachbegriff „unerwartete schwere Erkrankung“ und geben Ihnen Beispiele. Bitte beachten Sie, dass die Beispiele nicht abschließend sind.

„unerwartete schwere Erkrankung“*

Versichert ist die unerwartete schwere Erkrankung. Die Erkrankung muss „unerwartet“ und „schwer“ sein. Zunächst definieren wir das Kriterium „unerwartet“ und geben danach Beispiele für „schwere“ Erkrankungen.

Fall 1: Jedes erstmalige Auftreten einer Erkrankung nach Abschluss der Versicherung und nach Reisebuchung gilt als unerwartet.

Fall 2: Versichert ist ebenfalls das erneute Auftreten einer Erkrankung wenn in den letzten ... Monaten vor Versicherungsabschluss oder bei bestehendem Versicherungsvertrag vor Buchung der Reise, für diese Erkrankung keine Behandlung durchgeführt worden ist.

Fall 3: Sofern in den letzten ... Jahr(en) vor Versicherungsabschluss oder bei bestehende Versicherungsvertrag vor Buchung der Reise, für eine bestehende Erkrankung keine Behandlung durchgeführt worden ist, ist ebenfalls die unerwartete Verschlechterung dieser Erkrankung versichert. Nicht als Behandlung zählen regelmäßig durchgeführte medizinische Untersuchungen um den Gesundheitszustand festzustellen. Die Untersuchungen werden nicht aufgrund eines konkreten Anlasses durchgeführt und dienen nicht der Behandlung der Erkrankung.

Beispiele für schwere Erkrankungen, die zu einer Unzumutbarkeit der Reise führen können (nicht abschließend):

- der behandelnde Arzt hat eine Reiseuntauglichkeit attestiert,
- die ärztlich attestierte gesundheitliche Beeinträchtigung ist so stark, dass der Versicherte aufgrund von Symptomen und Beschwerden der Erkrankung die geplante Hauptreiseleistung nicht wahrnehmen kann,
- wegen einer ärztlich attestierten Erkrankung einer Risikoperson die Anwesenheit der versicherten Person erforderlich ist.

Beispiele für eine „unerwartete schwere Erkrankung“ (nicht abschließend):

- Die versicherte Person schießt für eine gebuchte Reise eine Versicherung ab. Kurz vor Reiseantritt erleidet sie erstmals einen Herzinfarkt.
- Bei der Mutter der versicherten Person wird nach Abschluss der Versicherung und nach Reisebuchung eine Lungenentzündung diagnostiziert. Aufgrund der Erkrankung ist die Mutter auf Betreuung durch die versicherte Person angewiesen.
- Bei Versicherungsabschluss besteht eine Allergie bei der versicherten Person. In den letzten ... Jahr(en) vor Versicherungsabschluss oder Reisebuchung ist für die Allergie keine Behandlung durchgeführt worden. Vor Reiseantritt kommt es zu einer starken allergischen Reaktion. Diese wurde vom Arzt attestiert. Wegen der Heftigkeit der allergischen Reaktion kann die versicherte Person die geplante Hauptreiseleistung nicht wahrnehmen.

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Beispiel bei dem keine „unerwartete schwere Erkrankung“ vorliegt (nicht abschließend):

- Die versicherte Person leidet unter einer Erkrankung, bei denen Schübe ein charakteristisches Merkmal des Verlaufs sind (z. B. Multiple Sklerose, Morbus Crohn). In den letzten ... Jahr(en) vor Versicherungsabschluss oder Reisebuchung wurde eine Behandlung für die bestehende Erkrankung durchgeführt. Daher ist diese Erkrankung nicht versichert.