

aqua med reise- und tauchmedizin

Allgemeine Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen zur Taucher-Versicherung

(aqua med Taucher-AVB2001)

Stand 01/2008

Sie als Inhaber einer gültigen aqua med card sind die versicherte Person.

ACE Insurance S.A.-N.V., Direktion für Deutschland, Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt tritt als Versicherer in Kraft und erbringt die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Die Leistungen, die vereinbart werden können, sind in den jeweiligen speziellen Versicherungsbedingungen aufgeführt. Welche Leistungen vertraglich vereinbart sind, ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

Inhalt

DIE VERSICHERTEN PERSONEN

- 1 Welche Personen und welche Taucher sind nicht versicherbar?
- 2 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

DIE VERSICHERUNGSDAUER

- 3 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

WEITERE BESTIMMUNGEN

- 4 Wie können Sie den Verlust von Ansprüchen vermeiden?
- 5 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 6 Welches Gericht ist zuständig?
- 7 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 8 Welches Recht findet Anwendung?
- 9 Was gilt für Änderungen der Bedingungen?

VERBRAUCHER-INFORMATIONEN

- 10 Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?
- 11 Was gilt für den Datenschutz?

Die versicherten Personen

1 Welche Personen und welche Taucher sind nicht versicherbar?

1.1 Nicht versicherbare Personen

- 1.1.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (ab Pflegestufe zwei).
- 1.1.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von 1.1.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- 1.1.3 Der für schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

1.2 Nicht versicherbare Taucher

Während der Dauer Ihrer beruflichen Tätigkeit oder Beschäftigung nicht versicherbar sind

- Spreng- und Räumungspersonal sowie Munitionssuchtrupps,
- Kampftaucher und sonstige Taucher der Bundeswehr oder sonstiger Armeen,
- Polizeitaucher und Taucher einer Feuerwehr,
- Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler,
- Taucher im gewerblichen Such- oder Rettungseinsatz,
- Berufstaucher.

Nach Vereinbarung können gewerbliche Taucher, wie Tauchausbilder, -lehrer, UW-Fotografen, Biologen oder Berufstaucher mit vergleichbaren Tätigkeiten versichert werden, wenn bei Antragstellung die Art der Tätigkeit angegeben wurde.

2 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

- 2.1 Sie als Inhaber einer aqua med card können Leistungen aus der Versicherung ohne Zustimmung von aqua med unmittelbar bei uns geltend machen.
Wir leisten direkt an Sie, bzw. sollten Sie verstorben sein, an Ihre gesetzlichen Erben.
- 2.2 aqua med reise- und tauchmedizin ist Versicherungsnehmer und somit unser Vertragspartner. Die Ausübung sonstiger Rechte aus dem Vertrag stehen nur aqua med zu.
- 2.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

Die Versicherungsdauer

3 Wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

3.1 Dauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz besteht, solange Ihre aqua med card gültig ist.

Der Versicherungsschutz für die einzelnen Leistungen kann zeitlich begrenzt sein. Bitte beachten Sie die Angaben in den speziellen Versicherungsbedingungen.

3.2 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende des Vertrages der aqua med card.

3.3 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen der ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Weitere Bestimmungen

4 Wie können Sie den Verlust von Ansprüchen vermeiden?

- 4.1 Sie haben keinen Anspruch auf Versicherungsschutz, wenn Sie den Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht haben.
- 4.2 Die Frist beginnt mit dem Zugang unserer schriftlichen Ablehnung. Die Rechtsfolgen der Fristversäumnis treten nur ein, wenn wir dabei auf die Notwendigkeit der fristgerechten gerichtlichen Geltendmachung hingewiesen haben.

5 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

- 5.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach zwei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.
- 5.2 Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang unserer schriftlichen Entscheidung bei der Fristberechnung nicht mit.

6 Welches Gericht ist zuständig?

6.1 Der Gerichtsstand für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns ist Frankfurt am Main.

6.2 Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben

7 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

7.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen müssen Sie schriftlich abgeben.

Sie sollen an

- unsere Hauptverwaltung / Direktion oder
- an aqua med gerichtet werden.

7.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Anschriftenänderung bei regel-mäßiger Beförderung zugegangen sein würde.

8 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

9 Was gilt für Änderungen der Bedingungen?

9.1 Die Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten von uns mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil der Versicherungsperiode, geändert werden,

9.1.1 bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

9.1.2 im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen

9.1.3 bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Vertrages beruhen,

9.1.4 bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

9.1.5 Im Falle der Ziffern 9.1.3 und 9.1.4 ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers oder der versich-

- cherten Person, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betreffen.
- 9.2 Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.
- 9.3 Änderungen nach Ziffer 9.1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
- 9.4 Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln können wir mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Ziffer 9.2 gilt entsprechend.

Verbraucherinformationen

10 Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist das

Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

11 Was gilt für den Datenschutz? - Informationen zur Datenverarbeitung -

11.1 Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat.

Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichern-

den Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

11.2 Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrags oder durch ihren jederzeit möglichen Widerruf.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

11.3 Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag bzw. in Schaden-/ Leistungsanzeigen auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

11.4.1 Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Invaliditätsgrad.

11.4.2 Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

11.4.3 Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forcungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

11.4.4 Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch ent-

sprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen zentrale Hinweissysteme, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiel:

Unfallversicherer

Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,

- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

11.5 Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

- entfällt -

11.6 Betreuung durch aqua med

aqua med verarbeitet und nutzt Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung. aqua med wird von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert.

aqua med ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

11.7 Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

**aqua med
Versicherungsbedingungen für die
Auslandsreise - Krankenversicherung
(aqua med AKV2001)**

Sie als Inhaber einer gültigen aqua med card sind die versicherte Person.

Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Neben diesen Versicherungsbedingungen sind die gesetzlichen Bestimmungen Vertragsbestandteile der aqua med Auslandsreise-Krankenversicherung.

Diese Bedingungen gelten nur in Zusammenhang mit den aqua med Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

DER VERSICHERUNGSUMFANG

1 Was ist versichert?

DIE LEISTUNGEN

2 Voraussetzungen für die Leistungen

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Heilbehandlungskosten

3.2 Kosten für Transporte / Beförderung

3.3 Überführungs-/ Bestattungskosten

4 Höhe der Leistungen

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

DER LEISTUNGSFALL

6 Was ist nach einem Versicherungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

8 Wann sind die Leistungen fällig?

Der Versicherungsumfang

**1 Was ist versichert?
Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich
des Versicherungsschutzes**

1.1 Gegenstand der Versicherung ist die Erstattung von Kosten, die Ihnen während einer Reise im Ausland entstehen. Die Leistungen, die versichert sind, ergeben sich aus den Ziffern 2 und 3.
Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, indem Sie ihren ständigen Wohnsitz haben.

1.2 Der Versicherungsschutz gilt für Auslandsreisen mit einer Dauer bis zu 56 aufeinanderfolgenden Tagen. Dauert die Auslandsreise länger, erlischt der Versicherungsschutz ab dem 57. Tag automatisch.
Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeit-

punkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht um längstens 180 Tage.

1.3 Der Versicherungsfall

1.3.1 Der Versicherungsfall beginnt mit der Gesundheitsschädigung und endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

1.3.2 Mehrere Behandlungen wegen der selben Krankheit oder des selben Unfalls bzw. dessen Folgen gelten als ein Versicherungsfall.

1.3.3 Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1.3.4 Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung.

1.4 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung haben Sie freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach im Ausland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

1.5 Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriums-Behandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von 1.4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.
Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

1.6 Im Falle eines Tauchunfalls werden, soweit medizinisch erforderlich, die Kosten für eine Druckkammer-Heilbehandlung übernommen, sowie Kosten für den durch eine Druckkammer-Therapie notwendigen verlängerten Hotelaufenthalt.

Die Leistungen

2 Voraussetzungen für die Leistungen

2.1 Der Versicherungsfall ist unvorhergesehen (akut) eingetreten.

2.2 Die Heilbehandlung, der Krankenhausaufenthalt und der Transport war medizinisch sinnvoll und, soweit möglich, ärztlich angeordnet.

2.3 Bei Rückflügen aus dem Ausland gemäß Ziffer 3.2.3 und Fahrten von Angehörigen gemäß Ziffer 3.2.5 wird der Transport durch die Assistance der ACE und der aqua med organisiert.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Heilbehandlungskosten

Wir erstatten die Kosten für folgende Heilbehandlungen:

3.1.1 ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, Nähr-, Stärkungs- sowie kosmetische Präparate;

3.1.2 ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;

3.1.3 ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen;

3.1.4 ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden und der Behandlung der Unfallfolgen dienen;

3.1.5 Röntgendiagnostik;

3.1.6 stationäre Behandlung, sofern diese in einer Anstalt erfolgt, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt, nach im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeitet und Krankengeschichten führt;

3.1.7 Operationen;

3.1.8 schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen).

3.2 Kosten für Transporte / Beförderungen

Wir erstatten die Kosten für folgende Transporte mittels einem geeigneten Transportmittel, z.B. Sanitätswagen oder, falls den Verletzungen/ der Erkrankung nach unvermeidlich, mit einem Luftfahrzeug, wenn notwendig auch unter normobaren Bedingungen:

3.2.1 Transporte (auch Rettungsflüge) zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt, Behandlungszentrum oder Druckkammer und zurück;

3.2.2 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;

3.2.3 Rücktransporte aus dem Ausland bzw. in das Ausland, und zwar zu dem Ihrem Wohnsitz nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus;

3.2.4 Mehrkosten für den Transport zu Ihrem Wohnsitz,

3.2.5 Fahrt- bzw. Flugkosten (Zweiter Klasse) eines nahestehenden Person zum Krankenhaus und zurück, falls Ihr Krankenhausaufenthalt länger als zehn Tage dauert.

3.3 Überführungs- / Bestattungskosten

Stirbt die versicherte Person während einer Reise im Ausland, werden wahlweise folgende Kosten übernommen:

3.3.1 Kosten der Überführung zum Heimatort, oder

3.3.2 Kosten der Bestattung am ausländischen Sterbeort.

4 Höhe der Leistungen

4.1 Die einzelnen Leistungen sind auf die bei Vertragsabschluss veröffentlichten Deckungssummen je Versicherungsfall begrenzt.

4.2 Alle versicherten Leistungen zusammen sind je Versicherungsjahr mit den unter 4.1 genannten Summen begrenzt.

4.3 Besteht Anspruch auf Leistungen

aus der Kranken-, gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen notwendig bleiben.

4.4 Versicherte Leistungen der aqua med - Taucher -Unfallversicherung und der aqua med-Auslandsreise-Krankenversicherung die in beiden Policen enthalten sind, können nur aus einer Versicherung beglichen werden, nicht aber aus beiden Versicherungen gleich zeitig.

4.5 Von der Versicherung nicht ausdrücklich angeforderte Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

4.6 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstig Maßnahme das medizinisch sinnvolle Maß, so können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

4.7 Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an den die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt,

für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Währungen der Welt", veröffentlicht durch die Deutsche Bundesbank, nach jeweils neuem Stand.

Ein höherer Kurs kann nur erstattet werden, wenn der Versicherungsnehmer durch Bankbeleg nachweist, dass er die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Keine Leistungspflicht besteht für folgende Behandlungen bzw. Kosten:

5.1.1 Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.

5.1.2 Kosten, die von Ihnen mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar waren.

5.1.3 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 Sie sich in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten haben.

5.1.4 Vorhersehbare oder geplante Schwangerschaftsuntersuchungen, Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen, sowie deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen sowie von Fehl- und Frühgeburten;

5.1.5 Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

5.1.6 Psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlungen.
Versichert ist jedoch die psychiatrische Behandlung bei psychiatrischen Akuterkrankungen.

5.1.7 Kosten für Zahnersatz, Stifzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlungen;

5.1.8 Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder.
Nachgewiesene Sachkosten werden jedoch erstattet;

5.1.9 Anschlussheilbehandlungen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

5.1.10 Eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.

5.1.11 Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die weder im Heimatland noch im Aufenthaltsort wissenschaftlich allgemein anerkannt sind.

5.1.12 Behandlungen in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung von Ihnen über den Leistungsauschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

5.1.13 Routineuntersuchungen.

5.2 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle und Erkrankungen:

5.2.1 Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen

5.2.2 Unfälle und Krankheiten, einschließlich deren Folgen, die Ihnen dadurch zustoßen, dass Sie vorsätzlich eine Straftat ausgeführt oder verursacht haben.

5.2.3 Krankheiten oder Unfälle infolge von Alkohol- oder Drogenkonsum;

5.2.4 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn Sie auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen werden. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem Sie sich aufhalten.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

5.2.5 Unfälle, die Ihnen dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Der Leistungsfall

6 Was ist nach einem Versicherungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

6.1 Ohne Ihre Mitwirkung können wir unsere Leistung nicht erbringen.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung muss unverzüglich schriftlich geltend gemacht werden.

Jeder stationäre Krankenhausaufenthalt ist uns binnen 10 Tagen ab Beginn anzuzeigen.

6.2 Sie haben die Anordnungen der behandelnden Ärzte zu befolgen und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

6.3 Die von uns übersandte Schadenanzeige müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden. Von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

6.4 Werden Ärzte von uns beauftragt, müssen Sie sich auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

6.5 Die Ärzte, die Sie - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

6.6 Uns sind zur Feststellung der Leistung folgende Nachweise zu erbringen:
Bescheinigung der Krankenanstalt über die stationäre oder ambulante Heilbehandlung mit Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und Entlassungsdatum, der Dauer des Aufenthaltes auf einer Intensivstation sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungen.
Diese Nachweise werden unser Eigentum.

6.7 Wir sind berechtigt, zur Feststellung der Einstandspflicht notwendig werdende weitere Nachweise anzufordern (z.B. Unterlagen vorbehandelnder Ärzte). Auch diese werden unser Eigentum.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine nach Eintritt eines Unfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verlieren Sie den Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung behalten Sie insoweit den Versicherungsschutz, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Leistungsfalls noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.

Bei vorsätzlicher Verletzung behalten Sie in diesen Fällen den Versicherungsschutz insoweit nur, wenn die Verletzung nicht geeignet

war, unsere Interessen ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn Sie kein erhebliches Verschulden trifft.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

8.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb von zwei Wochen zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der zur Feststellung der Leistungspflicht notwendigen Unterlagen.

8.2 Notwendige Unterlagen

8.2.1 Die zur Feststellung der Leistungspflicht notwendigen Unterlagen sind

- Rechnungs-Urschriften oder Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen oder deren Ablehnung,

- sonstige von uns geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, die von uns angefordert wurden und erbracht sind.

Diese Unterlagen werden unser Eigentum.

8.2.2 Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit 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 die daran vorgenommenen Behandlung tragen.