

Tarif AOK-AKD-11

Auslandsreise-Krankenversicherung

Stand: 01.04.2011, V3920

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AK-11).

1. Wer kann sich versichern?

Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Versicherungsfähigkeit ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Sind für eine Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nicht gegeben, kommt insoweit trotz Beitragszahlung ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannte Ereignisse, die während einer vorübergehenden Auslandsreise auftreten. Er leistet bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten 45 Tage (maximale Dauer des Versicherungsschutzes) eines jeden Auslandsaufenthaltes innerhalb des Versicherungsjahres. Der Versicherungsschutz verlängert sich nicht, wenn während der Auslandsreise ein neues Versicherungsjahr beginnt. Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von jeweils 365 Tagen ab Versicherungsbeginn.

4. Wo besteht der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

5. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen und wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Die Versicherung muss auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen Antragsvordruck beantragt werden (siehe Ziffer 2 AVB/AK-11). Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst mit Antritt einer neuen Reise.

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Jahres, gerechnet ab Versicherungsbeginn, abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, wenn er nicht spätestens einen Monat vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

6. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist

- die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen;
- die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche, notfallbedingten Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten;
- ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer Krankenrücktransport sowie der Tod.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit 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.

7. Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?

7.1 Erstattet werden die Aufwendungen für:

- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich unaufschiebbarer Operationen und Operationsnebenkosten;
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel. Nicht als Arzneimittel gelten, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
- ärztlich verordnete Heilmittel bis zu insgesamt 150 EUR je Versicherungsfall: Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie

sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen;

- ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, bis zu insgesamt 150 EUR je Versicherungsfall;
- Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie;
- Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- den medizinisch notwendigen Transport oder die medizinisch notwendige Verlegung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall; nicht erstattet werden die Kosten für Taxifahrten sowie die Rückfahrten vom Krankenhaus;
- den medizinisch notwendigen Transport oder die medizinisch notwendige Verlegung mit einem Hubschrauber bis zu einem Betrag von 2.500 EUR je Versicherungsfall; liegt ein Verdacht auf eine lebensgefährliche Erkrankung oder Verletzung vor oder ist eine schwerwiegende Schädigung der Gesundheit (z. B. Lähmung) zu befürchten, leistet der Versicherer auch über diesen Betrag hinaus;
- schmerzstillende Zahnbehandlung und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays) bis zu insgesamt 300 EUR je Versicherungsfall.

7.2 Die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet.

Zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch sinnvoll ist.

Voraussetzung für die Kostenübernahme für den Versicherten ist die Kostenzusage durch den Versicherer oder die Notruf-Zentrale, die den Rücktransport organisieren.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Mehrkosten sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalls für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich anfallen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden von der Versicherungsleistung abgezogen.

7.3 Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

7.4 Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten mit abgeschlossenem Medizinstudium frei.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

7.5 Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger teilweise übernommen, zahlt der Versicherer neben den verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten ein Krankenhaustagegeld. Das Krankenhaustagegeld errechnet sich wie folgt: Höhe der Kostenbeteiligung geteilt durch die Anzahl der Tage der stationären Behandlung – höchstens 30 EUR täglich. Anstelle jeglicher Kostenerstattung bei stationärer Behandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR pro Tag gewählt werden.

8. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

8.1 Kein Versicherungsschutz besteht für:

- a) Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- c) Gesundheitsschäden und für Todesfälle, die durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen verursacht worden sind; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn bei Reiseantritt keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorlag. Dieser Versicherungsschutz entfällt am Ende des 7. Tages nach Beginn eines kriegerischen Ereignisses oder einer inneren Unruhe auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält;
- d) auf Vorsatz, Selbstmord, Selbstmordversuch oder auf Sucht (z. B. Alkohol oder Drogen) beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- e) Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- f) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Diese Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- g) Behandlung durch Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden nach Ziffer 7 erstattet;
- h) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
- i) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- j) Aufwendungen für nicht unfallbedingte Hilfsmittel, z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen, Prothesen;
- k) Heilbehandlung durch nichtärztliche Heilbehandler (z. B. Chiropraktiker, Osteopathen und Heilpraktiker);
- l) Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze;
- m) Aufwendungen für Schwangerschaften, für Schwangerschaftsabbrüche, Entbindungen sowie für Wochenbettkrankungen und deren Folgen [bis auf die unter Nr. 6 b) genannten Versicherungsfälle].

8.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

8.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld werden hiervon jedoch nicht berührt.

8.4 Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der UKV, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

9. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag richtet sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Sobald eine versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Versicherungsjahres der Beitrag für Versicherte ab 60 Jahren zu zahlen.

Alter	Beiträge pro Person und Versicherungsjahr
0 – 59	10,90 EUR
ab 60	33,00 EUR

Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages, Folgebeiträge werden jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres vom Konto des Versicherungsnehmers abgebucht.

10. Welche Assistance-Leistungen werden angeboten?

- a) Benennung von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland;
- b) Organisation des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports aus dem Ausland;
- c) medizinische Auskünfte und Ratschläge vor und während Auslandsreisen

Falls eine Krankenhausbehandlung oder ein Rücktransport erforderlich wird, informieren Sie bitte unbedingt vorher unseren Notruf-Service. Wir kümmern uns um die Kostenübernahme. Unseren 24-Stunden-Notruf-Service erreichen Sie nahezu weltweit sieben Tage die Woche:

Für Anrufe aus dem Ausland: 00 800 – 8440 8440 (Keine Landesvorwahl notwendig).*

Führt diese Nummer nicht zum Ziel oder rufen Sie aus dem Inland an, wählen Sie bitte: 02 11 – 53 63 – 1 58.**

* aus dem Festnetz gebührenfrei, aus deutschen Mobilfunknetzen höchstens 0,42 EUR pro Minute; Kosten für Anrufe aus ausländischen Mobilfunknetzen können abweichen

** gebührenpflichtig