

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Care Holiday bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG

VB-KV 2026_01 (CH2026_01)



§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen. Neugeborene von versicherten Personen sind mit Vollendung der Geburt versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass sie binnen zwei Monaten nach dem Tag der Geburt rückwirkend bei dem Versicherer versichert werden und kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.

1. Versicherungsfähig sind Personen mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder in Österreich.
2. Versicherungsfähig sind bis zu max. 7 Personen, auch Familien; als Familie gelten maximal zwei Erwachsene sowie Kinder bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Als Kinder zählen eigene Kinder sowie Kinder, die mit dem Versicherungsnehmer im eigenen Haushalt leben. Für mitversicherte Kinder, die allein reisen, besteht ebenfalls Versicherungsschutz.
3. Änderungen, Mitversicherungen weiterer Personen und/oder Kündigungen einzelner versicherter Personen sind nur zum Zeitpunkt der auf die Beantragung folgenden Prämienfälligkeit möglich. In der Familienversicherung können Kinder jederzeit versichert werden.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Versicherungsvertrag kann jederzeit abgeschlossen werden. Er beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt für die Dauer eines Jahres.
2. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn weder der Versicherungsnehmer noch der Versicherer einen Monat vor Ablauf schriftlich kündigen. Versicherungsnehmer und Versicherer haben das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat zu kündigen. Erfolgt die ordentliche Kündigung durch den Versicherer während einer bereits angetretenen Reise, so wird die Kündigung jedoch auf keinen Fall vor Beendigung dieser Reise wirksam.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
3. Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers oder dessen Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich. Die versicherten Personen können innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortsetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben.
4. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Erfolgt die Kündigung einzelner versicherter Personen durch den Versicherer, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem die Kündigung wirksam ist.
5. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird die Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

§ 3 Prämie

1. Zahlung der ersten Prämie
 - a. Die Erstprämie gilt für ein Versicherungsjahr. Sie ist zu Beginn des Versicherungsjahrs fällig. Der Prämien einzug von dem vom Versicherungsnehmer benannten Konto erfolgt unverzüglich nach Mandatsetzung.
 - b. Wird die erste Prämie zu einem späteren Zeitpunkt gezahlt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt allerdings nur, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat und wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer in Textform gesondert, z. B. im Versicherungsschein, auf diese Folge hingewiesen hat.
 - c. Wird die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Zahlung der Folgeprämien
 - a. Die Folgeprämie gilt jeweils für ein Versicherungsjahr. Sie ist jeweils zu Beginn des Versicherungsjahrs fällig.
 - b. Wird die Folgeprämien nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer den Versicherungsnehmer schriftlich zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen setzen. Ist die Folgeprämie am Ende der Zahlungsfrist noch nicht gezahlt, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur

Zahlung kein Versicherungsschutz und der Versicherer kann den Vertrag kündigen. Das gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer zusammen mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen hat.

- c. Kündigt der Versicherer und zahlt der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Kündigung den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Kündigungszeitpunkt und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
3. Prämienhöhe
Die Prämie für eine versicherte Person oder eine Familie ergibt sich aus der Prämienübersicht.
 - a. Die Prämie für eine versicherte Person wird nach Beitragsklassen unterschieden:
 - Beitragsklasse I: bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres,
 - Beitragsklasse II: ab dem 66. Lebensjahr bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres,
 - Beitragsklasse III: ab dem 76. Lebensjahr.
 - b. Sofern sich die Prämienstufe einer versicherten Person aufgrund des neu erreichten Lebensalters ändert, erfolgt die entsprechende Umstufung in die neue Prämienstufe bei der folgenden Prämienfälligkeit durch den Versicherer, ohne dass es einer gesonderten Mitteilung bedarf.
 - c. Sofern in der Familienversicherung versicherte Kinder das 21. Lebensjahr vollendet haben, erfolgt die Umstellung der versicherten Person in die Prämienstufe I, ohne dass es einer gesonderten Mitteilung bei dem Versicherer bedarf.
 - d. Sofern die Voraussetzungen der Familienversicherung entfallen, erfolgt die Umstellung der versicherten Personen in Einzelversicherungen nach Prämienstufen, ohne dass es einer gesonderten Mitteilung des Versicherers bedarf.
 - e. Wenn sich die Prämienhöhe ändert, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen. Gleicher gilt bei Umwandlung einer Familienversicherung in eine Einzelversicherung.

§ 4 Prämienanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Leistungen, ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 v.H., so können die Prämien vom Versicherer überprüft und soweit erforderlich angepasst werden.
2. Die Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
3. Erhöht der Versicherer die Prämien nach Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmeldung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 5 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz besteht weltweit im Ausland. Als Ausland gelten nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland und für österreichische Staatsangehörige nicht das Staatsgebiet Österreich sowie das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat.
2. Es besteht kein Versicherungsschutz für versicherte Personen im Staatsgebiet eines Landes, dessen Grenze die versicherte Person alltäglich (z.B. als Berufspendler, etc.) übertritt.
3. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Grenzübergang ins Ausland für alle Reisen, die nach Vertragsschluss angetreten werden. Erfolgt der Abschluss des Vertrages nach Grenzübergang ins Ausland, besteht Versicherungsschutz nur für künftige neue Reisen.
4. Der Versicherungsschutz gilt für beliebig viele vorübergehende Reisen innerhalb eines Jahres. Dauert eine Urlaubs- oder Geschäftsreise länger als 56 Tage, besteht die Leistungspflicht nur für die ersten 56 Tage dieser Reise. Endet das Versicherungsjahr während der Reise, besteht der Versicherungsschutz fort, sofern der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht gekündigt hat oder wenn sich die Rückreise aus Gründen verzögert, die die versicherte Person nicht zu vertreten hat.

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Care Holiday bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG

VB-KV 2026_01 (CH2026_01)



5. Der Versicherungsschutz endet
 - a. für deutsche Staatsangehörige mit dem Grenzübergang nach Deutschland, für österreichische Staatsangehörige mit dem Grenzübergang nach Österreich oder mit dem Grenzübergang in das Land, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat bzw. mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes;
 - b. spätestens mit Ablauf der ersten 56 Tage eines Auslandsaufenthaltes;
 - c. mit Ende des Versicherungsvertrages;
 - d. für mitversicherte Kinder in der Familienversicherung gemäß § 1 Ziff. 2 spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, ohne dass es einer gesonderten Mitteilung des Versicherers bedarf. Es erfolgt im Anschluss eine Umstellung auf die entsprechende Einzeltarifprämie gemäß § 3 Ziff. 3 c.

§ 6 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

1. Als Versicherungsschutz gilt die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung, die mit der bisher behandelten Krankheit oder Unfallfolge nicht ursächlich zusammenhängt, ausgedehnt werden, entsteht ein neuer Versicherungsschutz. Als Versicherungsschutz gelten auch medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie Tod.
2. Im Ausland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Chiropraktikern, Osteopathen und Krankenhäusern frei. Voraussetzung ist, dass diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung – sofern vorhanden – oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnen.
3. Der Versicherer leistet für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin ganz oder überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen (z. B. Heilbehandlungen sowie Verordnungen nach den besonderen Therapierichtungen Homöopathie, anthroposophische Medizin und Pflanzenheilkunde). Der Versicherer kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

I. Heilbehandlungskosten im Ausland

Bei Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalls während einer Reise erstattet der Versicherer die im Ausland entstandenen Kosten einer Heilbehandlung. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinisch notwendige

1. ambulante Behandlungen, Schwangerschaftsbehandlung, Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie Schwangerschaftsabbrüche;
2. schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in nicht dentin-adhäsiver Ausführung, provisorische Zahnersatzleistung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz;
3. stationäre Behandlungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, welche im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt und zugelassen ist, unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankenakten führt;
4. von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Chiropraktikern oder Osteopathen verordnete
 - a. Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
 - b. Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - c. Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis maximal 300,- EUR je Reise;
 - d. Hilfsmittel in einfacher Ausführung zur Gewährleistung einer vorübergehenden Versorgung für die Dauer der versicherten Reise. Der Versicherer erstattet die Mietgebühr dieser Hilfsmittel. Falls eine Leih nicht möglich ist, wird der Kaufpreis erstattet. Kosten für Sehhilfen und Hörgeräte erstattet der Versicherer nicht.

II. Betreuungsleistungen für Kinder

1. Begleitperson im Krankenhaus für Kinder

Wird ein versichertes Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr stationär behandelt, erstattet der Versicherer die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.

2. Reisebetreuung für Kinder
Muss ein versichertes Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr die Reise allein forsetzen oder abbrechen, organisiert und bezahlt der Versicherer
 - a. die Betreuung des Kindes;
 - b. die zusätzlichen Rückreisekosten des Kindes.

Voraussetzung dafür ist, dass die mitreisende(n) Betreuungsperson(en) die Reise aufgrund eines Versicherungsfalles nicht planmäßig fortführen oder beenden kann bzw. können.

III. Bergungs-/Transport-/Überführungs-/Bestattungskosten

1. Bergungskosten
Muss die versicherte Person aufgrund eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstattet der Versicherer hierfür die Kosten bis zu einem Betrag von 15.000,- EUR.
2. Transport
Der Versicherer erstattet die Kosten für Krankentransporte in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Arzt und zurück in die Unterkunft.
3. Rücktransport
Der Versicherer organisiert und ersetzt die Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt wird:
 - a. Der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll.
Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen Rücktransports erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland.
 - b. Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich noch 14 Tage.
 - c. Die weitere Heilbehandlung im Ausland kostet voraussichtlich mehr als der Rücktransport.
- Der Versicherer übernimmt auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson.
Er organisiert und erstattet die zusätzlichen Kosten für Rückholung des Reisegepäcks. Des Weiteren erhält die für den Rücktransport versicherte Person auf Antrag eine Kostenpauschale in Höhe von 250,- EUR, sofern der Antrag spätestens unverzüglich nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Textform erfolgt.
4. Überführung
Der Versicherer organisiert und übernimmt die Kosten für die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz.
5. Bestattung im Ausland
Der Versicherer übernimmt die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zu der Höhe, die bei einer Überführung entstanden wäre.

IV. Nachleistung im Ausland

Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht Leistungspflicht (einschließlich eines dann eventuell notwendig werdenden Rücktransports) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

V. Reisekostenzuschuss für Angehörige

Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet auf Antrag bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles nach § 7 I Ziffer 2 dieser Bedingungen einen Reisekostenzuschuss für den Besuch von Angehörigen während des vollstationären Aufenthaltes der versicherten Person.

Der Reisekostenzuschuss – in Form von Transport und Unterbringungskosten – setzt voraus, dass

- a. die Dauer der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung mindestens 9 Kalendertage beträgt. Die Tage der Einlieferung und der Entlassung bleiben bei der Berechnung der 9-tägigen Aufenthaltsdauer unberücksichtigt; Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen desselben Versicherungsfalls gelten als ein Aufenthalt, wenn die Frist zwischen den einzelnen erforderlichen vollstationären Krankenhausaufenthalten maximal 30 Kalendertage beträgt.
- b. der Besuch der versicherten Person während des vollstationären Aufenthaltes durch den Ehegatten, Lebenspartner sowie eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person erfolgt. Die Regelungen zum BGB zum Verwandtschaftsgrad finden entsprechend Anwendung;
- c. sich die versicherte Person bei Ankunft des Angehörigen noch in vollstationärer Behandlung befindet;

Erstattet werden die Kosten der Hin- und Rückreise mit Verkehrsmitteln des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs (2. Klasse bei Bahn- bzw. Busanreisen sowie Economy-Class bei Fluganreise) oder die Anreise mit dem Kraftfahrzeug.

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Care Holiday bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG

VB-KV 2026_01 (CH2026_01)



Der Versicherer leistet den Reisekostenzuschuss einmalig pro Versicherungsfall bis zu einer Höhe von max. 1.200,- EUR.

Die tatsächlich entstandenen Reisekosten sind vom Versicherungsnehmer durch Einreichung entsprechender Belege (z. B. Rechnungen) nachzuweisen.

VI. Telefonkosten bei Kontaktaufnahme mit der Notruf-Zentrale

Im Versicherungsfall erstattet der Versicherer die Telefonkosten, die durch die Kontaktaufnahme mit der Notruf-Zentrale entstehen.

VII. Aufwandsentschädigung

Werden alle Heilbehandlungskosten vor der Inanspruchnahme des Versicherers einem anderen Leistungsträger/Versicherer eingereicht und beteiligt sich dieser an der Kostenersättigung, zahlt der Versicherer bei einer stationären Krankenhausbehandlung ein Krankenhaustagegeld bis zu 14 Tage in Höhe von 50,- EUR pro Tag. Bei ambulanten Behandlungen (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen) erstattet der Versicherer in diesen Fällen einmalig einen Betrag in Höhe von 25,- EUR.

VIII. Wahlweise Krankenhaustagegeld

Im Falle einer stationären Behandlung hat die versicherte Person die Wahl zwischen Kostenersatz für die stationäre Behandlung und einem Tagegeld in Höhe von 50,- EUR pro Tag, maximal 30 Tage ab Beginn der stationären Behandlung. Das Wahlrecht ist zu Beginn der stationären Behandlung auszuüben.

§ 7 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

1. Leistungseinschränkungen

Der Versicherer kann die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn die Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß oder die Kosten der Heilbehandlung das ortsübliche Maß übersteigen.

2. Leistungsfreiheit

Der Versicherer leistet nicht für:

- a. die Behandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- b. die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten. Ausnahme ist, wenn die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- c. solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen entstehen. Als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland – vor Reisebeginn – für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht;
- d. die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- e. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen. Ausnahme ist, wenn diese Behandlungen im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung wegen eines schweren Schlaganfalles, schweren Herzinfarktes oder einer schweren Skeletterkrankung (Bandscheiben-OP, Hüft-Endoprothese) erfolgen und zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus dienen. Diese Leistungen müssen dem Versicherer vor Behandlungsbeginn angezeigt und durch den Versicherer schriftlich zugesagt werden;
- f. Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- g. ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eintretenden Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt die Einschränkung, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zum Zweck einer Kur aufgehalten hat;
- h. Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder sowie durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen Familie oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet;
- i. eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- j. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
- k. Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufbissbeheilte und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen;
- l. Immunisierungsmaßnahmen oder Vorsorgeuntersuchungen.

3. Arglistige Täuschung

Der Versicherer leistet nicht, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person arglistig über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

4. Der Versicherer leistet nicht für:

- Verletzungen oder Unfallfolgen, die daraus entstehen, dass die versicherte Person Berufssportler ist und sich bei Ausübung ihrer Berufssportart verletzt. Die versicherte Person ist Berufssportler, wenn sie Sport gegen Entgelt betreibt und damit überwiegend ihren Lebensunterhalt bestreitet.
- Unabhängig davon sind insbesondere Verletzungen oder Unfallfolgen, die im Rahmen des Auslandsaufenthaltes durch Ausübung einer der in Anlage 1 aufgelisteten Tätigkeiten verursacht werden, ausgeschlossen. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Bedingungen;

§ 8 Allgemeine Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Verpflichtung zur Kostenminderung

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.

2. Unverzügliche Kontaktaufnahme

Im Falle einer stationären Behandlung muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich Kontakt mit dem weltweiten Notfall-Service des Versicherers aufnehmen. Dieser muss vor Beginn umfänglicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen erfolgen.

3. Verpflichtung zur Auskunft

Die von dem Versicherer übersandte Schadenanzeige muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich zurücksenden. Sofern der Versicherer es für notwendig erachtet, ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von ihr beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

4. Nachweispflicht

Folgende Nachweise muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person einreichen:

- a. Originalbelege mit dem Namen der behandelten Person, der Bezeichnung der Krankheit sowie den vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum. Besteht anderweitiger Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungskopien;
- b. Rezepte zusammen mit der Behandlungsrechnung und Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung;
- c. Nachweis über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland vorzulegen mit einer ausführlichen Begründung für den medizinisch sinnvollen Rücktransport;
- d. eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
- e. weitere Nachweise und Belege (auf Anforderung Originalbelege), die der Versicherer anfordert, um ihre Leistungspflicht zu prüfen, wenn dem Versicherungsnehmer die Beschaffung billigerweise zuzumuten ist.

Diese Belege werden damit Eigentum des Versicherer.

5. Verpflichtung zur Sicherstellung von Ersatzansprüchen gegen Dritte

- a. Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person einen Ersatzanspruch gegen einen Dritten, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit diese den Schaden ersetzt. Den Ersatzanspruch oder ein Recht, das diesen sichert, muss der Versicherungsnehmer unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren und, falls nötig, dabei mithelfen, ihn durchzusetzen.

b. Richtet sich der Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, kann der Übergang nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

- c. Ihre Ansprüche bzw. die der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen erstattet hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person die Pflicht, falls nötig, eine Abtretungserklärung an den Versicherer abzugeben.

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Care Holiday bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG

VB-KV 2026_01 (CH2026_01)



6. Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie oder die versicherte Person nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

§ 9 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Kosten in ausländischer Währung

Der Versicherer rechnet die entstandenen Kosten zum Eurokurs des Tages um, an dem die Belege bei ihr eingehen. Es gilt der amtliche Devisenkurs, es sei denn, die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen wurden zu einem ungünstigeren Kurs erworben.

2. Fälligkeit der Zahlung des Versicherers

Sobald der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis vorliegt und der Versicherer ihre Zahlungspflicht und die Höhe der Entschädigung festgestellt hat, zahlt der Versicherer diese spätestens innerhalb von 2 Wochen.

Ist die Zahlungspflicht erwiesen, aber die Höhe der Entschädigung einen Monat nach Eingang der Schadenanzeige noch nicht festgestellt, kann der Versicherungsnehmer einen angemessenen Vorschuss verlangen.

Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Verfahren gegen den Versicherungsnehmer oder eine der versicherten Personen eingeleitet worden, so kann der Versicherer bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren die Regulierung des Schadens aufschieben.

3. Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen

Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall zuerst dem Versicherer, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Der Versicherer verzichtet auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.

4. Leistungen gesetzlicher Leistungsträger

Können im Versicherungsfall Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, der gesetzlichen Heil- oder Unfallfürsorge beansprucht werden, gehen diese der Leistungspflicht des Versicherers vor. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser im Rahmen seiner vertraglichen Verpflichtung in Vorleistung. Der Versicherte ist auf Verlangen verpflichtet, seinen Leistungsanspruch gegenüber diesen gesetzlichen Leistungsträgern bis zur Höhe der geleisteten Erstattung an den Versicherer abzutreten.

Ansprüche auf Krankenhaustagegeld bleiben unberührt.

§ 10 Anzuwendendes Recht, Verjährung, Geltung für versicherte Personen

In Ergänzung dieser Bestimmungen gelten das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie grundsätzlich deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren nach 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person einen Anspruch angemeldet, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu welchem dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person die Entscheidung des Versicherers in Textform zugeht.

Alle Bestimmungen des Versicherungsvertrages gelten sinngemäß auch für die versicherten Personen.

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.).

§ 12 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragsprache ist Deutsch.

Anlage 1: Nicht versicherbare Extremsportarten gemäß § 7 Ziff. 4. der Versicherungsbedingungen (abschließende Liste)

Tätigkeit	Begrenzung des Ausschlusses
Para-Ski	
Speedskydiving	
Wingsuit-Flying	
Base-Jumping	
Speedflying	
Motocross-, Motorboot- sowie Motorradrennen	wenn dies in Form eines Wettbewerbes oder mit Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten erfolgt
Freeclimbing	Unter Freeclimbing versteht man das Klettern an Felsen oder Kunstmäden, bei dem nur Hände und Füße zur Fortbewegung (insbesondere ohne Sicherung) verwendet werden (ausgenommen Bouldern). Bouldern ist das Klettern ohne Kletterseil und Klettergurt an Felsblöcken, Felswänden oder an künstlichen Kletterwänden bis zur Absprunghöhe. Absprunghöhe ist die Höhe, aus der noch ohne wesentliches Verletzungsrisiko von der Wand zum Boden abgesprungen werden kann. Dies hängt vom Trainings- und Gesundheitszustand der Person ab. In der Regel ergibt sich eine Höhe von ca. 1,5 m. Kletterabschnitte bei Bergwanderungen sind ohne Einschränkungen mitversichert.
Roofing	
Parkour	Parkour bezeichnet eine Fortbewegungsart, deren Ziel es ist, nur mit den Fähigkeiten des eigenen Körpers möglichst effizient von Punkt A zu Punkt B zu gelangen. Der Parkourläufer bestimmt seinen eigenen Weg durch den urbanen oder natürlichen Raum – auf eine andere Weise als von Architektur und Kultur vorgegeben. Das beinhaltet zum Beispiel das Überwinden von größeren Hindernissen, das Überspringen von (Häuser-)Lücken oder das Springen aus großer Höhe. Nicht ausgeschlossen sind hier der Trimm-dich-Pfad, Canyoning-Tour oder z.B. das Springen über eine Wurzel etc.
Skifahren/Snowboardfahren, etc. im Sinne von „Freeriden“	Unter „Freeriding“ im Sinne dieser Bedingungen wird das verbotene Fahren im abgesperrten Gelände, insbesondere in Naturschutzgebieten und Lawinenregionen, verstanden. Nicht gemeint ist das versehentliche bzw. unbeabsichtigte Abkommen von der Piste während der Fahrt auf einer ausgewiesenen Piste. Langlaufen und Skitourengehen sind nicht ausgeschlossen.