

Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AR)

Inhaltsverzeichnis

1. Wer kann sich versichern?	Seite 9
2. Was umfasst der Versicherungsschutz?	Seite 9
3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?	Seite 9
4. Wo gilt der Versicherungsschutz?	Seite 9
5. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?	Seite 9
6. Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?	Seite 9
7. Wann beginnt der Versicherungsschutz?	Seite 9
8. Wann endet der Versicherungsschutz?	Seite 9
9. Was kostet der Versicherungsschutz?	Seite 9
10. Was gilt für die Beitragszahlung?	Seite 10
11. Was ist ein Versicherungsfall?	Seite 10
12. Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?	Seite 10
13. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?	Seite 10
13.1 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person ambulant behandelt werden muss?	Seite 10
13.2 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person stationär behandelt werden muss?	Seite 10
13.3 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zahnärztlich behandelt werden muss?	Seite 10
13.4 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss?	Seite 10
13.5 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person im Ausland stirbt?	Seite 10
13.6 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person gesucht, gerettet oder geborgen werden muss?	Seite 10
13.7 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person schwanger ist?	Seite 10
13.8 Welche Assistance-Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?	Seite 10
14. Wann erhalten Sie keine Leistungen?	Seite 11
15. Was können Sie tun, wenn ein Versicherungsfall eintritt?	Seite 11
16. Was müssen die Belege enthalten?	Seite 11
17. Was ist bei Belegen in fremden Sprachen zu beachten?	Seite 11
18. Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?	Seite 11
19. Was passiert mit Belegen in ausländischer Währung?	Seite 11
20. Was gilt für Kosten von Überweisungen?	Seite 11
21. Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?	Seite 11
22. Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?	Seite 11
23. Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?	Seite 12
24. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen und welche Fristen gelten?	Seite 12
25. Wann können wir die Bedingungen und die Beiträge dieser Versicherung ändern?	Seite 12
Anhang:	
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz	Seite 12

Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AR)

1. Wer kann sich versichern?

Versichern können sich Personen,

- deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt,
- die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung bzw. in einer privaten Krankheitskostenvollversicherung versichert sind oder über eine gleichartige Absicherung verfügen.

Wir können Nachweise darüber verlangen, dass die Versicherungsfähigkeit besteht. Sind die Voraussetzungen nicht gegeben, kommt ein Versicherungsvertrag trotz Beitragszahlung nicht zustande.

Für den **Einzeltarif** (Tarif AR-E) gilt: Versicherungsschutz erhalten die im Antrag namentlich genannten Personen.

Für den **Familiartarif** (Tarif AR-F) gilt: Versicherungsschutz erhalten

- Sie als Versicherungsnehmer und versicherte Person sowie
- Ihre versicherten Familienangehörigen, die mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben und im Antrag namentlich genannt sind. Im Familiartarif können bis zu sieben Personen versichert werden.

Familienangehörige im vertraglichen Sinne sind:

- Ehegatten
- Lebenspartner nach Lebenspartnerschaftsgesetz
- eheähnliche Lebensgemeinschaft
- unverheiratete Kinder bis einschließlich 24 Jahre.

Insgesamt können maximal zwei Personen über 24 Jahren versichert werden.

Als Kinder gelten:

- leibliche Kinder,
- Adoptivkinder,
- Stiefkinder,
- Pflegekinder und
- Kinder, für die Sie das Sorgerecht haben.

Das Versicherungsverhältnis eines mitversicherten Kindes wird ab dem Versicherungsjahr, in dem das Kind das Alter 25 erreicht, als Einzeltarif fortgesetzt. Dazu erhalten Sie keine gesonderte Mitteilung.

Wir können Nachweise darüber verlangen, dass die erforderlichen Eigenschaften vorliegen. Wer die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, hat keinen Versicherungsschutz, auch wenn Beiträge gezahlt wurden.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Auslandsreisen für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall ersetzen wir:

- Aufwendungen für Heilbehandlungen im Ausland und
- erbringen sonst vereinbarte Leistungen (z. B. Rücktransport, siehe Nr. 13.4).

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein (als Versicherungsschein gilt der Antrag),
- späteren schriftlichen Vereinbarungen,
- diesen Versicherungsbedingungen sowie
- den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Die Kommunikation mit dem Versicherer erfolgt in deutscher Sprache.

3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt für die ersten acht Wochen einer jeden Auslandsreise, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternommen wird (siehe Nr. 8).

4. Wo gilt der Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht weltweit für Versicherungsfälle, die während einer versicherten Reise im Ausland eintreten. Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz hat und keiner ständigen oder regelmäßigen Berufsausübung nachgeht. Deutschland gilt nicht als Ausland.

5. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt mit dem Einzug des Beitrages im SEPA-Lastschriftverfahren (siehe Nr. 10 b). Der Einzug gilt als erfolgt, wenn das SEPA-Lastschriftmandat vorliegt und die Lastschrift eingelöst werden kann. Der

Vertrag gilt ebenfalls als abgeschlossen, wenn die Einlösung der Lastschrift aus Gründen verhindert wird, die Sie nicht zu vertreten haben. Der Antrag und das SEPA-Lastschriftmandat müssen uns vor der Ausreise der versicherten Person aus Deutschland ordnungsgemäß ausgefüllt in Textform zugehen.

6. Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Die Vertragsdauer beträgt ein Jahr (Versicherungsjahr). Das Versicherungsjahr beginnt mit dem als Versicherungsbeginn vereinbarten Datum. Als Versicherungsbeginn kann nur der Erste eines Monats vereinbart werden. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr. Es sei denn, Sie oder wir kündigen zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat in Textform.

Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus Deutschland zum Ende des Versicherungsjahres. Es erfolgt keine anteilige Beitragsrückzahlung. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben.

7. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt

- mit dem Versicherungsbeginn (siehe Nr. 6),
- jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe Nr. 5) und
- nicht vor Beginn eines Auslandsaufenthaltes (Grenzüberschreitung aus Deutschland).

8. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils

- mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes,
- spätestens jedoch nach Ablauf der achten Woche des Auslandsaufenthaltes oder
- mit Beendigung des Versicherungsvertrages.

Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes nach Satz 1 zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis sie wieder reise- oder transportfähig ist.

Eine Person ist **nicht reisefähig**, wenn sie so krank oder verletzt ist, dass sie nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln reisen kann. Sie kann aber z. B. in einem intensivmedizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel befördert werden.

Eine Person ist **nicht transportfähig**, wenn sie so krank oder verletzt ist, dass sie selbst in einem intensivmedizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel nicht transportiert werden darf.

9. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Das Alter der versicherten Person berechnet sich als Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem laufenden Kalenderjahr.

Einzeltarif: Der Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person und beträgt je nach Altersgruppe pro Versicherungsjahr:

Altersgruppe:	Jahresbeitrag:
0 – 64 Jahre	16 €
65 – 74 Jahre	48 €
75 Jahre und älter	96 €

Ab dem Versicherungsjahr, in dem eine versicherte Person das Alter 65 bzw. 75 erreicht, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Dazu erhalten Sie keine gesonderte Mitteilung.

Familiartarif: Der Beitrag richtet sich nach dem Alter der ältesten versicherten Person und beträgt pro Versicherungsjahr:

Altersgruppe:	Jahresbeitrag:
0 – 64 Jahre	40 €
65 – 74 Jahre	110 €
75 Jahre und älter	190 €

Ab dem Versicherungsjahr, in dem die älteste versicherte Person das Alter 65 bzw. 75 erreicht, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Dazu erhalten Sie keine gesonderte Mitteilung.

Ab dem Versicherungsjahr, in dem für eine versicherte Person der Versicherungsschutz in der Familienversicherung aufgrund Erreichens des Alters 25 entfällt, ist der Beitrag des Einzeltarifs zu zahlen. Dazu erhalten Sie keine gesonderte Mitteilung.

10. Was gilt für die Beitragszahlung?

- Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.
- Die Beitragszahlung erfolgt im Wege des SEPA-Lastschriftverfahrens.
- Kann der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag nicht eingezogen werden, führt dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 Abs. 1 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes.

11. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gilt auch die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen der Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlung mehr notwendig ist. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod einer versicherten Person.

12. Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Muss die versicherte Person untersucht und behandelt werden, leisten wir für Methoden, die von der Schulmedizin ganz oder überwiegend anerkannt sind. Dies gilt auch für Arzneimittel. Der Begriff **Schulmedizin** bezeichnet die allgemein anerkannte Heilkunde. Diese wird an Universitäten und medizinischen Hochschulen nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso erfolgreich bewährt haben, z. B. Akupunktur und weitere alternative Heilmethoden im Sinne des Hufelandleistungsverzeichnisses, oder
- die man anwendet, weil keine Methoden oder Arzneimittel der Schulmedizin zur Verfügung stehen.

Wir können unsere Leistungen dann auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn man vorhandene Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin angewendet hätte.

13. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

13.1 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person ambulant behandelt werden muss?

Wir übernehmen 100 % der Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen,
- Arznei- und Verbandmittel,
- Hilfsmittel, die
 - erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles erforderlich werden und
 - die der Behandlung der Unfallfolgen dienen.Können Hilfsmittel geliehen werden, erstatten wir die Leihgebühren für die Dauer des Aufenthaltes im Ausland. Sehhilfen und Hörgeräte erstatten wir nicht.
- Heilmittel, das sind physikalisch-medizinische Leistungen (wie z. B. Wärmebehandlung, Elektrotherapie), wenn sie von einem Physiotherapeuten ausgeführt werden,
- medizinisch notwendigen Transport oder Verlegungstransport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall,
- die akute psychische Betreuung nach traumatischen Ereignissen.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten frei. Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von diesen Ärzten verordnet werden. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

13.2 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person stationär behandelt werden muss?

Wir übernehmen 100 % der Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen,
- Krankenhausleistungen, einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung,
- einen medizinisch notwendigen Transport oder Verlegungstransport zum nächsterreichbaren Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste,
- die Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn die versicherte Person minderjährig ist,
- die Kosten für die Betreuung der mitversicherten minderjährigen Kinder, so dass diese die Reise fortsetzen oder abbrechen können, falls alle mitreisenden Betreuungspersonen die Reise aufgrund eines Versicherungsfalles nicht planmäßig fortführen können.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung ist von der versicherten Person das nächsterreichbare, im Aufenthaltsland allgemein anerkannte Krankenhaus aufzusuchen, das

- unter ständiger ärztlicher Leitung steht,
- über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und
- Krankengeschichten führt.

Wir bieten Ihnen einen **24-Stunden-Notruf-Service unter 0049-511-5351-888**, den Sie vor oder bei Aufnahme in das Krankenhaus einschalten können (weitere Informationen erhalten Sie unter Nr. 13.8 und Nr. 15).

13.3 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zahnärztlich behandelt werden muss?

Wir übernehmen 100 % der Aufwendungen für:

- schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung,
- provisorische Zahnkronen und provisorischen, herausnehmbaren Zahnersatz sowie
- Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz, die jeweils dazu dienen, die Kaufähigkeit der versicherten Person wiederherzustellen.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten oder Zahnärzten frei.

13.4 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss?

Wir organisieren den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person

- an den ständigen, vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz in Deutschland oder
- in das vom Wohnort aus nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus, einschließlich der Aufwendungen für die medizinisch notwendige Begleitung durch eine andere Person.

Bei der Begleitperson muss es sich um eine Person handeln,

- für die zum Zeitpunkt des Rücktransports bei uns ebenfalls Versicherungsschutz für Rücktransport besteht oder
- die durch uns zur Begleitung beauftragt wurde.

Wir organisieren den Rücktransport auch,

- wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder
- wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde.

Für den Rücktransport bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service unter 0049-511-5351-888** an.

Wird der Rücktransport nicht durch uns organisiert, ist die Leistung auf die Kosten begrenzt, die bei einer Organisation durch uns angefallen wären.

13.5 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person im Ausland stirbt?

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstatten wir 100 % der unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu 10.000 €.

13.6 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person gesucht, gerettet oder geborgen werden muss?

Wir erstatten die Kosten insgesamt bis zu 20.000 €, wenn die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder Tod gesucht, gerettet oder geborgen werden muss.

13.7 Was erstatten wir, wenn die versicherte Person schwanger ist?

Wir erstatten die Kosten, wenn die versicherte Person

- wegen Schwangerschaftskomplikationen von einem Arzt untersucht und/oder behandelt werden muss,
- eine Fehlgeburt erleidet,
- vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche entbindet oder
- die Schwangerschaft aus medizinischen Gründen abbrechen muss.

13.8 Welche Assistance-Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

Wir bieten im Versicherungsfall einen **24-Stunden-Notruf-Service unter der Telefonnummer 0049-511-5351-888** an. Dieser beinhaltet folgende Assistance-Leistungen:

- Benennung und Vermittlung von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland,
- medizinische Information und Beratung sowie Erstbetreuung und -beratung des Versicherten bei ambulanter und stationärer Behandlung,

- medizinische Assistance inklusive Arzt-zu-Arzt-Gespräch,
- Primär-, Verlegungs- und Rücktransport,
- Hilfe bei Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen,
- im Todesfall Bestattung oder Überführung,
- Benachrichtigung im Notfall,
- Hilfe bei der Geltendmachung von Versicherungsansprüchen.

14. Wann erhalten Sie keine Leistungen?

Keine Leistungen erhalten Sie für:

- Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren,
- Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen.
Das gilt nicht, wenn die Reise
 - wegen des Todes des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners oder in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer wohnenden Lebensgefährten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde und
 - aufgrund der Überführung oder Beisetzung notwendig ist,
- Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht wurden. Ein Kriegsereignis ist dann vorhersehbar, wenn das Auswärtige Amt von Deutschland vor Antritt der Reise eine Reisewarnung ausgesprochen hat,
- auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen,
- psychoanalytische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen sowie für Hypnose,
- Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen,
- ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes
 - durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder
 - einen dort eintretenden Unfall
 eine Heilbehandlung notwendig wird,
- Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist,
- Neuanfertigungen von Zahnersatz, kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen,
- Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z.B. bei künstlicher Befruchtung),
- Anwendungen in Wellness- oder Fitnessbereichen von Hotels oder Ferienanlagen,
- kosmetische Behandlungen und Operationen.

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Wenn Sie im Versicherungsfall auch von einem anderen Leistungsträger eine Leistung beanspruchen können, dann

- geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor und
- wir rechnen diese auf unsere Leistungen an.

Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt und unbeeinträchtigt. Es steht Ihnen frei, welchem Leistungsträger Sie den Versicherungsfall melden. Wenn Sie uns den Versicherungsfall melden, werden wir im Rahmen unserer Verpflichtungen in Vorleistung treten. Wenn wir in Vorleistung treten, müssen Sie den Leistungsanspruch gegen den anderen Leistungsträger an uns schriftlich abtreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung. Die Summe aller Entschädigungen darf nicht höher sein als der Gesamtschaden.

15. Was können Sie tun, wenn ein Versicherungsfall eintritt?

Bei Eintritt des Versicherungsfalles können Sie bzw. die versicherte Person unseren **24-Stunden-Notruf-Service unter 0049-511-5351-888** zur Beratung und Unterstützung einschalten (siehe Nr. 13.8). Sinnvoll ist dies insbesondere vor einem zu erwartenden stationären Aufenthalt (siehe Nr. 13.2), damit wir Ihnen z. B. ein geeignetes Krankenhaus suchen können und Sie nicht in Vorleistung der Krankenhauskosten treten müssen. Bei Rücktransport aus dem Ausland sollte der Notrufservice zur Vermeidung von Leistungsbegrenzungen (siehe Nr. 13.4) eingeschaltet werden.

- Bitte senden Sie im Versicherungsfall Ihre Belege an die Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG in 30619 Hannover.
- Reichen Sie immer Originalunterlagen ein; nur gegen Vorlage der Originale sind wir zur Leistung verpflichtet. Darüber hinaus müssen die von uns geforderten und für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sein. Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, so genügen Zweitschriften der Belege mit dessen Original-Erstattungsvermerk.

- Der Anspruch auf Leistungen für die Kosten eines nicht durch uns organisierten Rücktransports ist durch Kostenbelege zu begründen.
- Der Anspruch auf Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist durch die amtliche Sterbeurkunde und Kostenbelege nachzuweisen.
- Die Belege und Nachweise werden unser Eigentum.
- Wir können mit befreiender Wirkung auch an den Überbringer oder Übersender ordnungsgemäßer Nachweise leisten.

Die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen ergeben sich aus § 14 Abs. 1 bis 2 VVG. Diese finden Sie im Anhang. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

16. Was müssen die Belege enthalten?

Rechnungen müssen enthalten:

- Name und Anschrift des Krankenhaus/Arztes/Angehörigen anderer Heilberufe (Stempel),
- Vor- und Zunamen sowie das Geburtsdatum der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose) sowie
- die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten.

Weiterhin ist zu beachten:

- Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Zahlungsvermerk deutlich hervorgehen.
- Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
- Bei zahnärztlicher Heilbehandlung nach Nr. 13.3 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten oder provisorisch ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen enthalten.
- Bei Überführung oder Bestattung im Ausland benötigen wir Rechnungen, Sterbeurkunde und einen ärztlichen Nachweis der Todesursache.

17. Was ist bei Belegen in fremden Sprachen zu beachten?

Wir können eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen.

18. Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?

- Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist unverzüglich nach der Beendigung der Behandlung geltend zu machen.
- Sie sind verpflichtet, auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfanges erforderlich ist. Insbesondere haben Sie uns Beginn und Ende der Auslandsreise im Leistungsfall auf unser Verlangen hin nachzuweisen.
- Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).
- Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Bitte halten Sie sich an die oben aufgeführten Vorgaben (Punkt 18 a) – e)). Wir müssen ansonsten nicht leisten (§ 28 Abs. 2 bis 3 VVG Obliegenheiten). Es ist unerheblich, ob Sie oder die versicherte Person die genannten Vorgaben nicht eingehalten haben.

19. Was passiert mit Belegen in ausländischer Währung?

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

20. Was gilt für Kosten von Überweisungen?

Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.

21. Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

Haben Sie oder eine versicherte Person Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte, müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Das können z.B. Schadenersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen oder Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte sein. Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung.

Diese Regelung ist unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang nach § 86 VVG (siehe Anhang). Sie müssen Ihre Ersatzansprüche wahren, indem Sie Form- und Fristvorschriften einhalten und uns bei Bedarf unterstützen, die Ansprüche durchzusetzen.

Können wir aufgrund Ihrer vorsätzlichen Pflichtverletzung keinen Ersatz von Dritten erlangen, sind wir leistungsfrei. Wenn Sie Ihre Pflichten grob fahrlässig verletzt haben, sind wir berechtigt, die Leistung zu kürzen. Die Kürzung der Leistung ist abhängig davon, wie schwer Ihr Verschulden ist. Sie müssen uns beweisen, dass Sie nicht grob fahrlässig gehandelt haben. Die Kenntnis oder das Verschulden der versicherten Person rechnen wir Ihnen zu. Grob fahrlässig handeln Sie, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maße nicht beachten. Sie haben also nicht beachtet, was jedem hätte einleuchten müssen.

22. Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

23. Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Textform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

24. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen und welche Fristen gelten?

Haben wir einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch von Ihnen nicht gerichtlich geltend gemacht wird. Es gelten die gesetzlichen Fristen. Die Frist beginnt erst, nachdem wir den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt haben.

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an unserem Sitz in Hannover oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Versicherungsvermittler zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder – sofern es eine solche nicht gegeben hat – seinen Wohnsitz hatte.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung Ihres Geschäfts- oder Gewerbebetriebes haben.

25. Wann können wir die Bedingungen und die Beiträge dieser Versicherung ändern?

Die Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrages können von uns nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden. Die Änderung muss dem Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat zum Ende des alten Versicherungsjahres schriftlich mitgeteilt werden. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Änderung wirksam werden sollte.

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

§ 14 (1) – (2) Fälligkeit der Geldleistung

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

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

§ 28 (2) – (3) Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

§ 37 (1) Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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