

REISEVERSICHERUNG

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

BD24 Berlin Direkt Versicherung AG, Wrangelstr. 100, D-10997 Berlin, AG Berlin Charlottenburg, HRB 152599

Produkt: REISEVERSICHERUNG

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. **Die vollständigen Informationen und die für Sie vereinbarten Versicherungsleistungen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen).** Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Die angebotene Versicherung ist eine zeitlich befristete Reiseversicherung für Personen aus dem Ausland während eines vorübergehenden, sozialversicherungsfreien Aufenthaltes in Deutschland oder der EU-/EWR-Staaten.

Sie besteht je nach gewähltem Tarif aus einer Reisekranken-, Reiseunfall-, Reisehaftpflicht- und Abschiebekostenversicherung.



Was ist versichert?

Reisekrankenversicherung

Welche Ereignisse sind versichert?

- ✓ Die Reisekrankenversicherung übernimmt die Kosten für unvorhergesehene, akut auf der Reise im Gastland notwendige ambulante oder stationäre Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Was wird ersetzt?

- ✓ Kosten für ambulante Behandlung durch einen Arzt/ Zahnarzt
- ✓ Kosten ärztlich verordneter Arzneimittel und Heilbehandlungen
- ✓ Kosten für stationäre Behandlung im Krankenhaus
- ✓ Kosten für ärztlich verordneten Krankentransport
- ✓ Kosten für medizinische Leistungen zur Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung)
- ✓ Ersatz der Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport ins Heimatland sowie im Todesfall die Überführungs- oder Bestattungskosten

Falls im Rahmen des gewählten Tarifes beinhaltet:

Haftpflicht-Versicherung

- ✓ Schützt Sie gegen finanzielle Risiken, die im Zusammenhang mit Schadenersatzforderungen Dritter aus Schäden stehen, für die Sie verantwortlich sind.
- ✓ Abwehr unberechtigter Ansprüche
- ✓ Kostenerstattung bei behördlich angeordneter Abschiebung

Unfall-Versicherung

Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z.B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

Invaliditätsleistung:

- ✓ Sollte die versicherte Person während der Vertragslaufzeit einen Unfall erleiden, der zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit führt (zum Beispiel zu Lähmungen oder Amputationen), erhält sie eine Invaliditätsleistung.

Todesfalleistung

- ✓ Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode der versicherten Person, so entsteht für die Erben ein Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.

Den von Ihnen ausgewählten Tarif können Sie dem Versicherungsschein entnehmen und die einzelnen Versicherungssummen der beigefügten Produktübersicht zur Reiseversicherung und den Versicherungsbedingungen.



Was ist nicht versichert?

Reisekrankenversicherung

- ✗ vor Versicherungsbeginn entstandene Krankheiten, Beschwerden, Unfälle, Schwangerschaften etc.
- ✗ Heilbehandlungen, deren Notwendigkeit Ihnen vor Reiseantritt bekannt war oder mit denen Sie nach den Ihnen bekannten Umständen rechnen mussten
- ✗ Kosten für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen, sowie durch Missbrauch von Alkohol, Arzneien, Narkotika und Drogen/Rauschmittel entstandene Kosten
- ✗ Leistungen in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat (gilt nicht für Aufenthalte im Heimatland zu Urlaubszwecken für maximal 6 Wochen pro Versicherungsjahr)

Falls im Rahmen des gewählten Tarifes beinhaltet:

Haftpflicht-Versicherung

- ✗ Schäden, die vorsätzlich durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person herbeigeführt wurden
- ✗ Schäden durch die Ausübung eines Berufes, Dienstes, Amtes
- ✗ Schäden am Inventar des Gastfamilienhaushaltes oder der gemieteten Wohnung
- ✗ Schäden in Zusammenhang mit dem Gebrauch von Kraftfahrzeugen

Unfall-Versicherung

- ✗ Krankheiten (z.B. Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall)
- ✗ Kosten für ärztliche Heilbehandlung
- ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung)



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Reisekrankenversicherung

- ! Leistungen können auf einen angemessenen Betrag herabgesetzt werden, wenn die Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder die Kosten der Heilbehandlung die Sätze (GOÄ/GOZ) des vereinbarten Tarifs übersteigen.
- ! Für bestimmte Leistungsarten besteht vor Behandlungsbeginn eine Genehmigungspflicht durch Klemmer International. Informationen hierzu finden sie in Ihren Verbraucherinformationen und auf dem Behandlungsschein

Falls im Rahmen des gewählten Tarifes beinhaltet:

Haftpflicht-Versicherung

- ! Für Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen

Unfall-Versicherung

- ! Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25% beträgt.



Wo bin ich versichert?

Sie haben Versicherungsschutz in Deutschland und die Europäische Union (EU) sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz, Andorra, Monaco, San Marino und Vatikanstadt, sowie zu Urlaubszwecken für maximal sechs Wochen pro Versicherungsjahr weltweit, auch im Heimatland.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Allgemein:

Bei Vertragsabschluss:

Bitte machen Sie im Versicherungsantrag wahrheitsgemäße und vollständige Angaben.

Während der Vertragslaufzeit:

- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Änderungen Ihrer Anschrift/Ihres Namens teilen Sie uns bitte mit, damit Ihnen Briefe rechtzeitig zugestellt werden können.
- Änderungen Ihrer Bankverbindung melden Sie uns bitte, damit die Beiträge eingezogen werden können.
Andernfalls könnten Sie in Verzug geraten und den Versicherungsschutz verlieren.

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls:

Im Leistungsfall ist es wichtig, dass Sie alles vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.

Reise-Krankenversicherung

Tritt ein Leistungsfall im Rahmen der Krankenversicherung ein, der einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht oder eine genehmigungspflichtige Leistung beinhaltet, nehmen Sie vor Behandlungsbeginn Rücksprache mit KLEMMER International

Unfall-Versicherung

Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und KLEMMER International über den Unfall informieren.

Haftpflicht-Versicherung

Zeigen Sie uns jeden Schadenfall unverzüglich an, auch wenn gegen Sie noch keine Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden sind.



Wann und wie zahle ich?

Der Erstbeitrag/Einmalbeitrag wird mit Versicherungsbeginn fällig. Die Folgebeiträge sind monatlich im Voraus fällig. Die Fälligkeiten können Sie Ihrem Zahlungsplan entnehmen. Haben Sie uns bevollmächtigt, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen, so gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag von uns eingezogen werden kann und Sie einem berechtigten Beitragseinzug nicht widersprechen. Die Zahlung der Beiträge ist per Lastschriftinzug, Kreditkarte oder Überweisung möglich.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zum im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt mit der Grenzüberschreitung des Heimatlandes bei direkter Reise in das Gastland und endet spätestens bei Rückkunft mit der Grenzüberschreitung des Heimatlandes bei direkter Rückreise und/oder mit Beendigung bzw. Erfüllung des Zwecks des Auslandsaufenthaltes, wie z.B. der Au-pair-Tätigkeit. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig gezahlt haben. Anderenfalls beginnt der Versicherungsschutz mit Eingang der Zahlung.

Reiseversicherung

Produktübersicht zur Reiseversicherung AU-PAIR

BEITRAGSRÜCKVERGÜTUNG	BASIC PLUS	PREMIUM	PREMIUM PLUS	HAFTPFLICHT/ UNFALL
Bis zu zwei Monatsbeiträge	•	•	•	

KRANKENVERSICHERUNG	BASIC PLUS	PREMIUM	PREMIUM PLUS	HAFTPFLICHT/ UNFALL
Übersteigt die Anforderungen zur Erteilung von Schengen-Visa	•	•	•	
Vertragsservice und Leistungsabwicklung bei eindeutigen Sachverhalt binnen 3 Tagen	•	•	•	
Ambulante und stationäre Heilbehandlung inklusive Operationen sowie ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel	•	•	•	
Ärztlich verordneter Krankentransport	•	•	•	
Medizinisch sinnvoller und vertretbarer Rücktransport ins Heimatland	•	•	•	
Rücktransport ins Heimatland als Alternative zur stationären Behandlung des Au-pair bei schwerer Erkrankung	•	•	•	
Behandlung während der Schwangerschaft und anschließende Entbindung	•	•	•	
Akute Erstbehandlung (maximal 4 Tage stationär oder 4 Sitzungen ambulant) geistiger und seelischer Störungen, psychiatrischer Erkrankungen sowie Hypnose und Psychotherapie	•	•	•	
Medizinische Leistungen zur Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung)	•	•	•	
Medizinisch notwendige Gehstützen und Miete eines Rollstuhls	•	•	•	
Beitragsfreie Nachhaftung bei nachgewiesener Transportunfähigkeit	4 Wochen	3 Monate	3 Monate	
GOÄ-Sätze je nach Abrechnungsmodus	bis 2,3	bis 2,3	2,3	
GOZ-Sätze	bis 2,0	bis 2,0	2,3	
Schmerzstillende Zahnbehandlung	•	•	•	
Überführungs- oder Bestattungskosten	•	•	•	
Manuelle Therapie, Massagen, Lymphdrainagen u. Ä. bis maximal 250,- € im gesamten Vertragszeitraum	•	•	•	
Direktabrechnung in Deutschland/Österreich mit Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern	•	•	•	
Antikonzepionsberatung und -untersuchung		•	•	
Schmerzbedingte homöopathische Behandlung durch niedergelassene Ärzte		•	•	
Zusatzentschädigung für die Gasteltern bei mind. 14-tägigem stationären Aufenthalt des Au-pair nach einem Unfall		•	•	
Reparatur von vorhandenem Zahnersatz		zu 50 % bis max. 1.000,- €	zu 50 % bis max. 2.000,- €	
Unfallbedingter Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit		zu 100 % bis max. 2.500,- €	zu 100 % bis max. 2.500,- €	
Behandlung von Erkrankungen, die bereits vor Versicherungsbeginn bestanden (Vorerkrankungen)		• (Wartezeit 6 Monate)	•	
Schmerzbedingte Wurzelspitzenresektion, Wurzelbehandlung inkl. Wurzel- und Deckfüllung			zu 100 %	
Besuch einer nahestehenden Person bei einem Krankenhausaufenthalt bei lebensbedrohender Krankheit der versicherten Person oder bei stationärer Behandlungsdauer von mehr als 14 Tagen			bis max. 2.000,- €	
Selbstbeteiligung	0,- €	0,- €	0,- €	

UNFALLVERSICHERUNG	BASIC PLUS	PREMIUM	PREMIUM PLUS	HAFTPFLICHT/ UNFALL
Todesfalleistung	5.000,- €	5.000,- €	5.000,- €	5.000,- €
Invalitätsleistung	Grundsomme 50.000,- €	Grundsomme 50.000,- €	Grundsomme 60.000,- €	Grundsomme 60.000,- €
Invalitätsleistung bei Vollinvalidität durch % Progression	225 % Progression 112.500,- €	225 % Progression 112.500,- €	350 % Progression 210.000,- €	350 % Progression 210.000,- €
Bergungskosten	5.000,- €	5.000,- €	5.000,- €	5.000,- €
Kosmetische Operationen nach einem Unfall			5.000,- €	5.000,- €
Kinderunfallversicherung Invaliditätsleistung bei Vollinvalidität			35.000,- €	35.000,- €

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG	BASIC PLUS	PREMIUM	PREMIUM PLUS	HAFTPFLICHT/ UNFALL
Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden	1,0 Mio. €	2,0 Mio. €	2,6 Mio. €	2,6 Mio. €
Schäden durch die Au-pair-Tätigkeit mitversichert	•	•	•	•
Personenschäden, die das Au-pair an den Gasteltern und deren Kindern schuldhaft verursacht	•	•	•	•
Abschiebekosten	1.600,- €	4.100,- €	6.000,- €	6.000,- €
Zeitlich unbegrenzte und beitragsfreie Nachhaftung bei angeordneter Abschiebung		•	•	•
Schäden an eigenen und gemieteten Wohnräumen und Gebäuden der Gastfamilie (Selbstbeteiligung 250,- € für Schäden am unbeweglichen Eigentum der Gastfamilie)		25.000,- €	2,6 Mio. €	2,6 Mio. €
Verlust von Haus- und Wohnungsschlüsseln			500,- €	500,- €
Selbstbeteiligung	0,- €	0,- €	0,- €	0,- €

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN ZUR REISEVERSICHERUNG DER KLEMMER INTERNATIONAL ASSEKURADEUR GMBH (RVB 05-2021)

EINLEITUNG

Der Versicherungsnehmer ist Vertragspartner des Versicherers.

Die versicherte/n Person/en ergibt/ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

Der Versicherer dieser Reiseversicherung ist die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG (nachfolgend Versicherer genannt).

Die vereinbarten Leistungen ergeben sich aus der Anmeldung/dem Antrag, dem gewählten Tarif, dem Versicherungsschein und ggf. späteren schriftlichen Vereinbarungen.

TEIL A ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

1 Wer ist wo versichert?

1.1 Der Versicherungsschutz gilt während der Wirksamkeit des Vertrages bei einem vorübergehenden legalen Auslandsaufenthalt in Deutschland bzw. Österreich für die im Versicherungsschein genannte/n versicherte/n Person/en aus dem in den Besonderen Bedingungen genannten Personenkreis (versicherungsfähige Personen), sofern sie keinen ständigen Wohnsitz in Deutschland oder Österreich haben. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Bedingungen ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

1.2 Versicherungsschutz besteht ausschließlich für den in den Besonderen Bedingungen und/oder dem Versicherungsschein genannten Zweck.

1.3 Als Nachweis für die Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1.1 gilt

- eine für Deutschland/Österreich gültige Einreise- und Aufenthaltsgenehmigung
- eine geeignete offizielle Bestätigung, z. B. einer Schule, Studentenausweis oder Praktikantenvertrag
- die fristgemäße Anmeldung bei der zuständigen Einwohnermeldebehörde.

Diese Unterlagen sind auf Verlangen vorzulegen.

1.4 Für Personen, die die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1.1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme des Beitrages zustande. Der seit Abschluss des Vertrages bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist – unter Abzug der Kosten des Versicherers – zurückzuzahlen.

2 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz? Welche Voraussetzungen gelten für einen Vertragsabschluss?

2.1 Versicherungsbeginn und -ende

2.1.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit der Grenzüberschreitung des Heimatlandes bei direkter Reise in das Gastland und endet spätestens bei Rückkunft mit der Grenzüberschreitung des Heimatlandes bei direkter Rückreise und/oder mit Beendigung bzw. Erfüllung des Zwecks des Auslandsaufenthaltes, wie z. B. des jeweiligen Studiums, Sprachkurses, der Ausbildung, der Au-pair-Tätigkeit oder des Gastaufenthaltes.

Sollte der genaue Einreisetermin der zu versichernden Person noch nicht feststehen, kann der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages auch ohne Angabe der Laufzeit (Vertragsbeginn und Vertragsende) erfolgen. Der Versicherer gewährt dem Versicherungsnehmer eine vorläufige Deckungszusage ab Einreise, sofern der Versicherungsnehmer den genauen Einreisetag innerhalb von zwei Tagen nach Einreise der zu versichernden Person bei der KLEMMER International Assekuradeur GmbH. Erfolgt die Bekanntgabe des genauen Einreisedatums zu einem späteren Zeitpunkt, ist der Versicherer von Schäden, die bis dahin entstanden sind, von der Leistung befreit.

2.1.2 Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), nicht vor Antragseingang, nicht vor Zahlungseingang des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten.

2.1.3 Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet. In der Reisekrankenversicherung besteht keine Leistungspflicht

für Krankheiten und Beschwerden einschließlich deren Folgen, die bei Antragstellung bereits bestanden oder der versicherten Person bekannt waren. Dies gilt auch für Schwangerschaften und deren Folgen, bei denen die Konzeption (Befruchtung) bereits vor Antritt der Reise, vor Versicherungsbeginn oder vor Beginn des Anschlussvertrages lag.

2.2 Voraussetzungen/maximale Dauer

2.2.1 Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist bei Einreise nach Deutschland/Österreich innerhalb von 14 Tagen nach Einreise zu stellen.

Im Interesse der versicherten Person sollte der Versicherungsvertrag bereits bei Einreise in das Gastland abgeschlossen sein, um einen sofortigen Versicherungsschutz bei Grenzüberschreitung sicherzustellen. Wird der Antrag später als 14 Tage nach Einreise gestellt, besteht eine Wartezeit im Krankheitsfall für 14 Tage ab Ausstellungsdatum der Annahmestätigung. Die Wartezeit entfällt jedoch bei Unfällen. Für andere Versicherungsleistungen bestehen keine Wartezeiten. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland/Republik Österreich bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland ist auf Verlangen nachzuweisen.

2.2.2 Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des geplanten Aufenthaltes abgeschlossen werden.

2.2.3 Wird Versicherungsschutz im Anschluss an einen abgelaufenen Vertragszeitraum gewünscht und bestehen die Voraussetzungen zur Erfüllung der Versicherungsfähigkeit weiterhin, so muss vor Ablauf der ursprünglichen Laufzeit ein neuer Antrag gestellt werden, der der ausdrücklichen Bestätigung durch den Versicherer bedarf. Wird der Antrag erst nach Ablauf des Vorvertrages gestellt, besteht eine Wartezeit im Krankheitsfall für 14 Tage ab Ausstellungsdatum der Annahmestätigung. Die Wartezeit entfällt jedoch bei Unfällen. Für andere Versicherungsleistungen bestehen keine Wartezeiten. Im neuen Versicherungszeitraum gelten bisher entstandene, auch schwebende Versicherungsfälle vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Die maximale Versicherungsdauer des Vor- und Anschlussvertrages bei o.g. Versicherer und/oder einem anderen Versicherer beträgt drei Jahre, sofern in den Besonderen Bedingungen nichts Abweichendes geregelt ist.

2.3 Verlängerung der Versicherungsdauer bei Transportunfähigkeit

Ist eine Rückreise wegen ärztlich nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich und folglich eine Heilbehandlung über das Ende des Versicherungsvertrages hinaus erforderlich, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Vertrages bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal jedoch für die Dauer von vier Wochen fort.

2.4 Ende des Versicherungsschutzes

2.4.1 Der Versicherungsschutz endet – in der Reisekrankenversicherung auch für schwebende Versicherungsfälle

- bei Ablauf des beantragten bzw. bestätigten Versicherungszeitraumes
- bei vorzeitiger Kündigung
- bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Beitrags zum vereinbarten Zeitpunkt und Ablauf der Mahnfrist
- spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes im Gastland
- wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Gastland nicht mehr vorliegen
- wenn die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person entfällt

2.4.2 Kündigung nach Versicherungsfall

Der Vertrag kann durch den Versicherer oder den Versicherungsnehmer durch Kündigung beendet werden, wenn eine Leistung erbracht wurde.

Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird die Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei der KLEMMER International Assekuradeur GmbH oder dem Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch den Versicherer wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

Bei Leistungen aufgrund eines Versicherungsfalles in der Reisekrankenversicherung steht dem Versicherer kein Kündigungsrecht gemäß vorstehender Bedingungen zu.

3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Neben den in den RVB Teil B - D sowie in den Besonderen Bedingungen aufgeführten Ausschlüssen besteht kein Versicherungsschutz für

- 3.1 Schäden durch Krieg, kriegsähnliche Ereignisse und innere Unruhen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. 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 mit ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.
- 3.2 Schäden durch Kernenergie;
- 3.3 Schäden, die vorsätzlich durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person herbeigeführt wurden;
- 3.4 Schäden, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;
- 3.5 Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen,
 - als Artist, Stuntman, Tierbändiger,
 - als im Bergbau unter Tage Tätiger,
 - als Spreng- und Räumungspersonal sowie in Munitionssuchtrupps,
 - als Berufstaucher,
 - als Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler (auch Rennfahrer und Rennreiter).
- 3.6 Der (Rück-)Versicherer ist nicht verpflichtet, Versicherungsschutz, Zahlungen oder sonstige Vorteile aus dem Versicherungsvertrag zu gewähren, soweit die Erbringung solcher Leistungen des (Rück) Versicherers anwendbare Sanktionen, Sanktionsverbote oder Sanktionsbeschränkungen verletzen bzw. den (Rück) Versicherer Sanktionsmaßnahmen nach solchen Bestimmungen aussetzen würde.

4 Was gilt für Ansprüche gegen Dritte?

- 4.1 Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag (z. B. Krankenversicherung, gesetzliche Leistungen der Sozialversicherungsträger, anderer Versicherer oder Personen) beansprucht werden, geht der andere Vertrag diesem vor. Steht dem Versicherungsnehmer/der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt hat. Der Versicherungsnehmer/die versicherte Person hat ihren 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. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als der Versicherer infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer. Richtet sich der Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der die versicherte Person bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang des Anspruches auf den Versicherer nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 4.2 Wenn die versicherte Person als Staatsbürger und/oder Einwohner der Europäischen Union innerhalb der Europäischen Union reist, sollte sie sich vor Abreise von ihrer Krankenkasse das Formular E111 (evtl. A1/E101) oder die Europäische Krankenversicherungskarte ausstellen lassen.

5 Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

- 5.1 **Beitrag und Versicherungssteuer**
Der Beitrag für diese Versicherung ist ein Einmalbeitrag. Er enthält die

Versicherungssteuer.

Der Einmalbeitrag errechnet sich aus der Vertragslaufzeit (Anzahl der Monate/Tage) und dem gewählten Tarif.

- 5.2 **Beitragsstundung bei Überweisung, Lastschriftermächtigung und Kreditkartenzahlung**
Bei Überweisung und bei Erteilung einer Beitragseinzugsermächtigung von einem in Deutschland/Österreich geführten Konto oder bei Kreditkartenzahlung erklärt sich der Versicherer einverstanden, den Einmalbeitrag zum Teil zu stunden. (Bei Kreditkartenzahlung ist die Stundung des Beitrages nur möglich, falls der gewählte Tarif dies vorsieht).
Mit Vertragsbeginn wird sofort der erste Teilbetrag (Beitragsrate) bzw. der Einmalbeitrag fällig.
Alle folgenden Beitragsraten sind dann monatlich im Voraus fällig. Die Höhe der Beitragsraten entspricht dem gewählten Tarif.
- 5.3 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag**
- 5.3.1 **Für Versicherungsnehmer in Deutschland**
- 5.3.1.1 **Fälligkeit der Zahlung**
Mit Vertragsbeginn wird sofort der erste Teilbetrag (Beitragsrate) bzw. der Einmalbeitrag fällig.
- 5.3.1.2 **Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**
Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- 5.3.1.3 **Rücktritt**
Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- 5.3.2 **Für Versicherungsnehmer in Österreich**
- 5.3.2.1 Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- 5.3.2.2 Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- 5.3.2.3 Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
- 5.3.2.4 Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.
- 5.4 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**
- 5.4.1 **Für Versicherungsnehmer in Deutschland**
- 5.4.1.1 **Fälligkeit der Zahlung**
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 5.4.1.2 **Verzug**
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.
KLEMMER International Assekuradeur GmbH wird den Versicherungsnehmer auf ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und ihm eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angegeben werden, die nach den Ziffern 5.4.1.3 und 5.4.1.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 5.4.1.3 **Kein Versicherungsschutz**
Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 5.4.1.2 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde.
- 5.4.1.4 **Kündigung**
Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 5.4.1.2 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde.
Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 5.4.2 **Für Versicherungsnehmer in Österreich**

- 5.4.2.1 Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
- 5.4.2.2 Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
- 5.4.2.3 Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- 5.4.2.4 Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.
- 5.5 **Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung**
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.
Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach der in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Beitragseinzugsermächtigung widerrufen hat oder er aus anderen Gründen zu vertreten hat, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er hierzu in Textform aufgefordert wurde.
- 5.6 **Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**
Ist die Zahlung des Einmalbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug ist.
- 5.7 **Beitragszahlung an KLEMMER International Assekuradeur GmbH**
KLEMMER International Assekuradeur GmbH übernimmt für den Versicherer das Einziehen der Beiträge.
Die Zahlung der Beiträge an KLEMMER International Assekuradeur GmbH kommt der Zahlung an den Versicherer gleich.
- 5.8 **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Die mindestens zu entrichtende Prämie ergibt sich aus dem gewählten Tarif. Entsteht ein Beitragsguthaben, wird der Überschuss zurückerstattet. Die Verrechnung des Guthabens mit einem neuen Vertrag über KLEMMER International Assekuradeur GmbH ist möglich.
- 6 **Was ist bei der Auszahlung der Versicherungsleistungen zu beachten?**
- 6.1 Falls vereinbart, gilt je Versicherungsfall der in den Besonderen Bedingungen genannte Selbstbehalt.
- 6.2 Ist die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Leistung binnen zwei Wochen zu erfolgen, sofern in den RVB Teil B - D nichts anderes festgelegt ist.
- 6.3 Die Verpflichtung des Versicherers gilt mit dem Zeitpunkt als erfüllt, an dem der Euro-Betrag bei einem in Deutschland oder Österreich zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Kreditinstitutes angewiesen ist.
- 6.4 Die Entschädigung ist seit der Fälligkeit mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank (EZB) pro Jahr zu verzinsen, wenn der Versicherer oder eine von ihm beauftragte Organisation sie nicht innerhalb eines Monats nach Fälligkeit erbringen.
- 6.5 Die in ausländischer Währung entstandenen erstattungsfähigen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei KLEMMER International Assekuradeur GmbH eingehen, in der Währung der Europäischen Union (EUR) erstattet, soweit nichts anderes vereinbart wird. Nachgewiesene Kosten in anderen Währungen werden zum amtlichen Umrechnungskurs der Europäischen Zentralbank (EZB) am Tag des Eingangs der vollständigen Leistungsbelege umgerechnet.
- 6.6 Von den Leistungen können die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- 6.7 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden. Dies gilt nicht für Ansprüche aus der Haftpflichtversicherung.
- 7 **Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)**
Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- Neben den in den RVB Teil B - D zur Reisekranken-, Reiseunfall- und Reisehaftpflichtversicherung aufgeführten, gelten die nachfolgenden generellen Obliegenheiten:
- 7.1 Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
- alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte,
 - den Schaden unverzüglich anzuzeigen,
 - zur Prüfung der Leistungspflicht jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe zu gestatten,
 - jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen,
 - Originalbelege einzureichen,
 - bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.
- Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- 7.2 Ärzte, welche die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind zu ermächtigen, alle für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
Der Versicherer bzw. KLEMMER International Assekuradeur GmbH wird die versicherte Person über die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten unterrichten, falls schon vor dem Leistungsfall die Einwilligung hierzu vorliegt. Die versicherte Person kann einer Erhebung widersprechen; dies kann jedoch zu einem Verlust ihrer Leistungsansprüche führen.
Die versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.
- 7.3 **Obliegenheitsverletzung nach Ziffer 7.1 oder 7.2**
- 7.3.1 **Für Versicherungsnehmer in Deutschland**
Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7.1 oder 7.2 vorsätzlich verletzt, geht der Versicherungsschutz verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.
Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er bzw. die versicherte Person die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.
Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.
- 7.3.2 **Für Versicherungsnehmer in Österreich**
Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7.1 oder 7.2 verletzt, verlieren Sie den Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, unsere Leistungspflicht zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für unsere Leistungspflicht bedeutsam sind, so bleiben

wir zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

8 Wie lange ist die Klagefrist?

Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 195 BGB bzw. § 12 VersVG in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

9 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

- 9.1 Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bzw. der KLEMMER International Assekuradeur GmbH bedürfen der Textform.
- 9.2 Die KLEMMER International Assekuradeur GmbH ist bevollmächtigt, Beitragszahlungen, Anzeigen, Willenserklärungen und dergleichen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen.
- 9.3 Änderungen von Name, Anschrift und Bankverbindung (bei erteilter Beitragseinzugsermächtigung) des Versicherungsnehmers sind der KLEMMER International Assekuradeur GmbH unverzüglich anzuzeigen. Anzuzeigen sind ferner alle Umstände, die sich auf die Versicherungsfähigkeit bzw. den Status der versicherten Person auswirken (insbesondere Beendigung/Änderung des Zwecks des Auslandsaufenthalts, z. B. des Sprachkurses, des Studiums, der Ausbildung oder Heirat oder Aufhebung der Aufenthaltsgenehmigung).
- 9.4 Hat der Versicherungsnehmer der KLEMMER International Assekuradeur GmbH eine Änderung seiner Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die ihm gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte bei der KLEMMER International Assekuradeur GmbH bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

Die folgenden Versicherungsbedingungen gelten vorrangig zu Teil A:

TEIL B REISEKRANKENVERSICHERUNG

10 Was ist in der Reisekrankenversicherung versichert?

Der Versicherer leistet Entschädigung für unvorhergesehene, akut auf der Reise im Gastland eintretende Versicherungsfälle.

Versicherungsfall ist die akut notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht 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.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft (Grundversorgung), sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestand bzw. die Konzeption (Befruchtung) vor Einreise stattgefunden hat (s. auch Ziffern 10.1.1.5, 11.10 und 11.11);
- Tod.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten oder Kieferchirurgen frei. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er 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; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Vorausset-

zungen von Ziffer 10 Satz 7 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn diese vor Beginn der Behandlung in Textform durch die KLEMMER International Assekuradeur GmbH zugesagt wurden. Dies gilt nicht für Notfallbehandlungen, die zur Abwendung von erheblichen Schmerzen und zur Abwendung von Gefahren für Leib und Leben umgehend durchgeführt werden müssen.

10.1 Heilbehandlungskosten

Sofern in den Besonderen Bedingungen nichts anderes vereinbart ist, gilt:

10.1.1 Versicherte Leistungen

Versichert sind die im Folgenden aufgeführten Leistungen:

- 10.1.1.1 akut notwendige ambulante Heilbehandlung;
- 10.1.1.2 ambulante Schmerzbehandlung beim Zahnarzt oder Kieferchirurgen und zur Schmerzbeseitigung notwendige Füllungen in einfacher Ausführung bis insgesamt 260,- €; darüber hinausgehende Behandlungen je nach gewähltem Tarif und nach vorheriger Genehmigung durch KLEMMER International Assekuradeur GmbH;
- 10.1.1.3 ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel. Sofern vereinbart, beträgt die Eigenleistung pro Rezept 5,- €.
- 10.1.1.4 ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls erstmals notwendig werden und der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
- 10.1.1.5 Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft (Grundversorgung), Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation sowie deren Folgen, falls der Beginn der Schwangerschaft nach ärztlicher Bescheinigung nach dem Beginn des Versicherungsschutzes eintritt. Die Aufwendungen für Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft werden in folgendem Umfang erstattet: Aufwendungen für das
1. Screening von Beginn der 9. bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche,
 2. Screening von Beginn der 19. bis zum Ende der 22. Schwangerschaftswoche,
 3. Screening von Beginn der 29. bis zum Ende der 32. Schwangerschaftswoche.
- Weitere Ultraschalluntersuchungen werden nur bei medizinischer Indikation (Auffälligkeiten und Komplikationen) und nach vorheriger Genehmigung durch KLEMMER International Assekuradeur GmbH erstattet. Ansonsten wird Kostenersatz nur insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland durch eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter oder des ungeborenen Kindes (einschließlich Fehlgeburt) erforderlich wird.
- 10.1.1.6 stationäre Heilbehandlung einschließlich Unterkunft, Verpflegung, Operationen und Transport zur stationären Behandlung bzw. zur Notfallbehandlung in der allgemeinen Pflegeklasse. Hierzu ist vor Behandlungsbeginn ein Kostenübernahmeantrag des jeweiligen Krankenhauses erforderlich, der Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten, Versicherungsnummer, genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose) und voraussichtliche Aufenthaltsdauer beinhalten muss.
- 10.1.1.7 medizinisch notwendige Gehstützen und Miete eines Rollstuhls;
- 10.1.1.8 medizinisch sinnvoller und vertretbarer Rücktransport ins Heimatland nach vorheriger Genehmigung durch KLEMMER International Assekuradeur GmbH, wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die weitere Krankenhausbehandlung voraussichtlich 14 Tage übersteigt.
- #### 10.1.2 Höhe der Leistungen/Begrenzung
- 10.1.2.1 Die in Ziffer 10.1.2.2 aufgeführten Leistungen werden bis zur in den Besonderen Bedingungen des jeweiligen Tarifs genannten Höhe erstattet.
- 10.1.2.2 Bei direkter Abrechnung des Arztes/der Ärztin bzw. des Krankenhauses mit KLEMMER International Assekuradeur GmbH für in Deutschland bzw. Österreich durchgeführte Heilbehandlungen werden erstattet:
- 100 % der Kosten im ambulanten Leistungsbereich bis zum 1,7-fachen Satz der GOÄ (keine Analogberechnung)/ in Österreich zum Tarif der Gebietskrankenkasse; Computer-, Magnetresonanztomographie, Szintigraphie und Magen-Darm-Spiegelung zum 1,0-fachen Satz der GOÄ/ in Österreich zum Tarif der Gebietskrankenkasse;
 - 100 % der Kosten im stationären Leistungsbereich für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer ohne Wahlleistungen, kein Privatarzt)
 - 100 % der Kosten im zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungsbereich bis zum 2,0-fachen Satz der GOZ bzw. GOÄ (keine Analogberechnung)/ in Österreich nach den autonomen Honorarrichtlinien der Zahnärztekammer bzw. zum Tarif der Gebietskrankenkasse für
 - akute Schmerzbehandlungen,
 - Extraktionen,
 - Füllungen in einfacher Ausführung,
 - schmerzbedingte Wurzelbehandlungen bis zur medikamentösen Einlage inklusive speicheldichtem Verschluss.
- 10.1.2.3 Bei Vorleistung durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ist eine Erstattung der Behandlungskosten im ambulanten

- ärztlichen Leistungsbereich bis zum 2,3-fachen Faktor der GOÄ möglich. Dies gilt nicht für den zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungsbereich, es sei denn in den Besonderen Bedingungen besteht eine abweichende Regelung.
- 10.1.2.4 Bei im Ausland durchgeführten Heilbehandlungen wird analog den dort geltenden allgemeinen Krankenversicherungsleistungen (kein Privatarzt) geleistet.
- 10.1.2.5 Übersteigen Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Bei der Berechnung von aufwendigen Behandlungs- und Untersuchungsmaßnahmen durch die Behandler – ohne dass diese durch den Versicherer vor Beginn der Behandlung genehmigt wurden – steht es dem Versicherer frei, die abgerechneten Leistungen auf die Vergütung für eine notwendige, standardmäßige diagnostische und therapeutische Maßnahme zu kürzen.
- 10.1.2.6 Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- 10.1.3 **Genehmigungspflichtige Heilbehandlungskosten**
Eine Leistungspflicht besteht nur nach vorheriger Rücksprache per Telefon oder in Textform mit der KLEMMER International Assekuradeur GmbH für
- Behandlung durch Mitglieder des Gastfamilienhaushaltes
 - einen voraussichtlichen Rechnungsbetrag im ambulanten Bereich von mehr als 400,- € inklusive eventuell anfallender Fremd- und Eigenlaborkosten im gesamten Versicherungszeitraum
 - geplante Überweisungen bzw. Wechsel von Ärzten oder Fachärzten der gleichen oder einer anderen Fachrichtung
 - Allergietests
 - Akupunktur
 - Krankengymnastik
 - manuelle Therapie, Massagen, Lymphdrainagen u. Ä. bis maximal 250,- € im gesamten Vertragszeitraum
 - ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für längstens 20 Behandlungstage, soweit diese notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern
 - akute Erstbehandlung (maximal 4 Tage stationär oder 4 Sitzungen ambulant) geistiger und seelischer Störungen, psychiatrischer Erkrankungen sowie Hypnose und Psychotherapie
 - Behandlung von mehr als drei Zähnen im gesamten Versicherungszeitraum nach Vorlage von Unterlagen (Röntgenbild etc.), aus denen die unaufschiebbare Notwendigkeit der Behandlung hervorgeht, sowie Zahnbehandlungen von mehr als 260,- € inklusive eventuell anfallender Fremd- und Eigenlaborkosten im gesamten Versicherungszeitraum, je nach gewähltem Tarif
 - Behandlung besonders schmerzhafter Parodontal-Erkrankungen (z. B. ANUG)
 - Mehraufwendungen durch medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person an deren ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus
Die Vermittlung des Rücktransports erfolgt durch die KLEMMER International Assekuradeur GmbH.
- 10.2 **Überführungs-/Bestattungskosten**
Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland – Bestattungskosten am Sterbeort oder Kosten für eine Standard-Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person bis zu 11.000,- €. Erstattungsfähig sind alle notwendigen Kosten (z. B. Art und Ausstattung des Sarges in einfacher Ausführung), die mit der Bestattung am Sterbeort oder mit der Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Nicht erstattungsfähig sind religiöse sowie andere Beigaben.
- 10.3 **Voraussetzung für Kostenerstattungen/Einzureichende Unterlagen**
Vor Behandlungsbeginn ist der durch KLEMMER International Assekuradeur GmbH ausgehändigte Behandlungsschein bei Ärzten, Zahnärzten oder im Krankenhaus vorzulegen.
- 10.3.1 Erstattet werden die in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten.
- 10.3.2 Arznei-, Verband-, und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 10 Sätze 6 und 7 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- 10.3.3 Als Kostennachweise sind Originalbelege einzureichen, die Angaben enthalten müssen über:
- den Namen und die Anschrift des Behandlers
 - den Namen der behandelten Person
 - die Krankheitsbezeichnung (Diagnose)
 - den Behandlungszeitraum
 - die Art der erbrachten Leistungen
- 10.3.4 Bei genehmigungspflichtigen Kosten muss auf Anforderung von KLEMMER International Assekuradeur GmbH ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden.
- 10.3.5 Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
- 10.3.6 Bei einer Überführung oder Bestattung ist ein ärztliches Attest mit Angaben über die Todesursache einzureichen.
- 11 Wann besteht kein Versicherungsschutz in der Reisekrankenversicherung?**
- Neben den in Ziffer 3 der RVB Teil A genannten Ausschlüssen besteht keine Leistungspflicht für:
- 11.1 vor Versicherungsbeginn entstandene Krankheiten, Beschwerden, Unfälle, Schwangerschaften etc.;
- 11.2 Ansteckungskrankheiten, die ggf. erst bei einer unmittelbar mit der Einreise durchgeführten Untersuchung festgestellt werden;
- 11.3 Behandlungen, von denen bei Reisebeginn feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen;
- 11.4 Untersuchungen durch Heilpraktiker und homöopathische Behandlungen;
- 11.5 Wurzelspitzenresektionen;
- 11.6 implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische (Schienen u. Aufbissbehelfe), prothetische Leistungen, systematische PA-Behandlung, Zahnbelag-, Zahnstein- und Konkremententfernung sowie die Sanierung bereits geschädigter Zähne, die nicht in Zusammenhang mit der Durchführung der akuten Schmerztherapie steht (Zahnersatz, sofern der gewählte Tarif diese Leistungen nicht ausdrücklich mit einschließt);
- 11.7 Unfälle und Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;
- 11.8 auf Vorsatz oder strafbaren Handlungen beruhende Krankheiten (einschließlich Selbstmord und Selbstmordversuch) und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen und durch Missbrauch von Alkohol, Arzneien, Narkotika und Drogen/Rauschmittel entstandene Kosten;
- 11.9 über eine akute Erstbehandlung (maximal 4 Tage stationär oder 4 Sitzungen ambulant) hinausgehende Behandlung geistiger und seelischer Störungen, psychiatrischer Erkrankungen sowie Hypnose und Psychotherapie;
- 11.10 Kosten im Zusammenhang mit Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, wenn die Schwangerschaft vor Versicherungsbeginn entstanden ist, es sei denn, dass unvorhergesehene ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland durch eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter erforderlich geworden ist (einschließlich Fehlgeburt);
- 11.11 Schwangerschaftsabbruch (außer aus medizinischer Indikation) und Behandlungen wegen Sterilität einschl. künstlicher Befruchtungen sowie dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen;
- 11.12 Untersuchung und Behandlung wegen Fehlsichtigkeit;
- 11.13 Hilfsmittel (z.B. Einlagen, Brillen etc.) sowie sanitäre Bedarfsartikel, wie Bestrahlungslampen, Fieberthermometer etc.;
- 11.14 Befundberichte, Bescheinigungen, Gutachten, Atteste, Porto etc.;
- 11.15 vorbeugende Impfungen, Immunisierungen u.Ä.;
- 11.16 Behandlungen wegen Akne, Haarausfall, Muttermalen und Warzen, kosmetische Behandlungen sowie Packungen (z.B. Naturmoor- und Fangopackungen);
- 11.17 Nähr-, Stärkungs-, Kosmetikpräparate, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl.;
- 11.18 Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen KLEMMER International Assekuradeur GmbH aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- | | | |
|-------|---|--|
| 11.19 | Kur- und Sanatoriumsbehandlungen; | • Auge 50 %
• Gehör auf einem Ohr 30 %
• Geruchssinn 10 %
• Geschmackssinn 5 % |
| 11.20 | ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort;
Diese Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird; | Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des Prozentsatzes. |
| 11.21 | eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung; | 13.1.4 Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach Ziffer 13.1.3 geregelt ist, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist. |
| 11.22 | HIV-Infektion (Aids) und deren Folgen; | 13.1.5 Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach Ziffer 13.1.3 ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen. |
| 11.23 | Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen, wie z. B. Krebsvorsorge/-diagnostik; | 13.1.6 Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach den Ziffern 13.1.3 bis 13.1.4 zu bemessen. |
| 11.24 | (Anti-) Konzeptionsberatung, Verhütungsmittel (z. B. Anti-Baby-Pille), Untersuchungen zur Erlangung einer Aufenthaltsgenehmigung etc. sowie Behandlungen für hierbei festgestellte Erkrankungen; | 13.1.7 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. |
| 11.25 | Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war; | 13.1.8 Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder (gleichgültig, aus welcher Ursache) später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre. |
| 11.26 | Kosten im Zusammenhang mit der Ermittlung des Hormonstatus sowie der Durchführung einer Hormontherapie. | |

Die folgenden Versicherungsbedingungen gelten vorrangig zu Teil A:

TEIL C REISEUNFALLVERSICHERUNG

12 Was ist in der Reiseunfallversicherung versichert?

- 12.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person auf der Reise zustoßen.
- 12.2 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 12.3 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

13 Welche Leistungen sind in der Reiseunfallversicherung vereinbart?

Versichert sind die im Folgenden beschriebenen Leistungen bei Tod oder Invalidität. Die Versicherungssummen ergeben sich aus den Besonderen Bedingungen des jeweiligen Tarifs.
Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

13.1 Invaliditätsleistung

- 13.1.1 Führt der Unfall zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht Anspruch auf Kapitaleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe.
Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und über KLEMMER International Assekuradeur GmbH beim Versicherer geltend gemacht sein.
- 13.1.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- 13.1.3 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
- | | |
|--|------|
| • Arm | 70 % |
| • Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 65 % |
| • Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 60 % |
| • Hand | 55 % |
| • Daumen | 20 % |
| • Zeigefinger | 10 % |
| • anderer Finger | 5 % |
| • Bein über der Mitte des Oberschenkels | 70 % |
| • Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 60 % |
| • Bein bis unterhalb des Knies | 50 % |
| • Bein bis zur Mitte des Unterschenkels | 45 % |
| • Fuß | 40 % |
| • große Zehe | 5 % |
| • andere Zehe | 2 % |

13.2 Todesfalleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode der versicherten Person, so entsteht für die Erben ein Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.
Zur Geltendmachung der Todesfalleistung wird auf Ziffer 17.5 verwiesen.

14 Wann sind die Unfallleistungen fällig?

- 14.1 Sofern dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die die versicherte Person zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats (beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten) zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die der versicherten Person zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer.
- 14.2 Erkennt der Versicherer den Anspruch an, oder haben sich die versicherte Person und der Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.
- 14.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen der versicherten Person angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalls nur bis zur Höhe der versicherten Todesfalleistung beansprucht werden.
- 14.4 Die versicherte Person und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend Ziffer 14.1, seitens der versicherten Person innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag jährlich mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank (EZB) zu verzinsen.

15 In welchen Fällen ist der Unfallversicherungsschutz ausgeschlossen?

- 15.1 Neben den in Ziffer 3 der RVB Teil A genannten Ausschlüssen fallen nicht unter den Versicherungsschutz:
- 15.1.1 Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogen beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen;
- 15.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motor- bzw. Wasserfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

- 15.1.3 Berufsunfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches VII und Unfälle, die als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten, einschließlich der Unfälle auf dem direkten Weg nach und von der Arbeitsstätte. Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststelle maßgebend.
- 15.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 15.2.1 Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, Infektionen und Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund;
- 15.2.2 Bauch- oder Unterleibsbrüche; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- 15.2.3 Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne der Ziffer 12.2 die überwiegende Ursache ist.
- 15.2.4 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, die sich nicht unmittelbar und ursächlich auf eine organische Verletzung/einen organischen Schaden zurückführen lassen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

16 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen in der Unfallversicherung?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

17 Was ist nach einem Unfall zu beachten?

Ergänzend zu den in Ziffer 7 der RVB Teil A aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten gilt:

- 17.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und KLEMMER International Assekuradeur GmbH oder der Versicherer zu unterrichten. Die versicherte Person hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
- 17.2 Die vom Versicherer bzw. KLEMMER International Assekuradeur GmbH übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend zurückzusenden. Vom Versicherer bzw. KLEMMER International Assekuradeur GmbH darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 17.3 Die versicherte Person hat sich von den von dem Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.
- 17.4 Die Ärzte, die die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 17.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden dem Versicherer zu melden, auch wenn der Unfall selbst schon angezeigt ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 17.6 Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus Ziffer 7.3.1 der RVB Teil A.

Die folgenden Versicherungsbedingungen gelten vorrangig zu Teil A:

TEIL D REISEHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

18 Was ist in der Reisehaftpflichtversicherung versichert?

- 18.1 Der Versicherer bietet der versicherten Person Versicherungsschutz auf der Reise für den Fall, dass sie wegen eines während der Wirksamkeit des Versicherungsvertrages eingetretenen Schadeneignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder

Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.

Versicherungsschutz wird im Rahmen der pauschalen Deckungssumme für Personen- und Sachschäden bis zu der in den Besonderen Bedingungen des jeweiligen Tarifs genannten Höhe je Schadeneignis gewährt. Die Gesamtleistung für alle Schadeneignisse eines Versicherungsjahres ist auf das Doppelte der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

Der Versicherer erstattet bei einer behördlich angeordneten Abschiebung die gegen den Versicherungsnehmer geltend gemachten, nachgewiesenen Mehrkosten bis 1.600,- €.

Die Erstattung darüber hinausgehender Kosten kann mit entsprechender Tarifwahl vereinbart werden. Der Versicherungsschutz für die Abschiebekosten besteht nur, wenn die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraumes, des Zeitraumes des Vertrages und innerhalb des in der Aufenthaltsgenehmigung bzw. im Visum angegebenen Zeitraumes für den Aufenthalt behördlich angeordnet wurde.

Die Reisehaftpflichtversicherung gilt subsidiär, d. h., Voraussetzung für die Erbringung einer Leistung ist, dass ein Dritter (z. B. ein anderer Versicherer) nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistung erbracht, diese aber zur Begleichung der Kosten nicht ausreicht hat. Ein Anspruch aus der Haftpflichtversicherung besteht auch nicht, soweit die geschädigte Person Ersatz aus einem konkurrierenden, anderen, eigenen oder fremden, vor oder nach Abschluss dieses Vertrages geschlossenen Versicherungsvertrag beanspruchen kann. Ergänzend gilt Ziffer 4 der RVB Teil A.

- 18.2 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens, insbesondere:
- 18.2.1 als Familien- und Haushaltsvorstand (z. B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige);
- 18.2.2 als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb);
- 18.2.3 aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in Ziffer 3.5 und 19.4 genannten Sportarten);
- 18.2.4 als Reiter bei Benutzung fremder Pferde zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sind nicht versichert);
- 18.2.5 durch den Besitz oder Gebrauch von Flugmodellen, unbemannten Ballonen und Drachen, die weder mit Motoren noch durch Treibsätze angetrieben werden, deren Fluggewicht 5 kg nicht übersteigt und für die keine Versicherungspflicht besteht;
- 18.2.6 durch den Besitz oder Gebrauch eigener oder fremder Ruder- und Tretboote sowie fremder Segelboote, die weder mit Motoren (auch Hilfs- oder Außenbordmotoren) oder Treibsätzen angetrieben werden und für die keine Versicherungspflicht besteht;
- 18.2.7 aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen von eigenen oder fremden Surfbrettern zu Sportzwecken.
- 18.3 Der Versicherungsschutz umfasst
- 18.3.1 die Prüfung der Haftpflichtfrage;
- 18.3.2 die Abwehr unberechtigter Schadenersatzansprüche;
- 18.3.3 die Freistellung der versicherten Person von berechtigten Schadenersatzverpflichtungen. Berechtig sind Schadenersatzverpflichtungen, wenn die versicherte Person aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleiches zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die von der versicherten Person ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen werden, binden diesen nur, soweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.
- Ist die Schadenersatzverpflichtung der versicherten Person mit bindender Wirkung für den Versicherer festgestellt, hat dieser den Versicherungsnehmer binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freizustellen.
- 18.3.4 die gebührenordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit dem Versicherer besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers für eine vom Versicherer gewünschte oder genehmigte Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person in einem Strafverfahren wegen eines Schadeneignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann;
- 18.3.5 die Sicherheitsleistung oder Hinterlegung an Stelle der versicherten Person, wenn die versicherte Person für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten hat oder ihr die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen wird;
- 18.3.6 die Führung eines Rechtsstreits im Namen der versicherten Person, wenn es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen der versicherten Person und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger kommt. Die Kosten des Rechtsstreits werden vom Versicherer übernommen.

- 18.4 Für den Umfang der Leistung des Versicherers bilden die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen die Höchstgrenze (s. Ziffer 18.1) bei jedem Schadenereignis. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache gelten als ein Schadenereignis.
- 18.5 Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet. Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer die Prozesskosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche zu tragen, und zwar auch dann, wenn es sich um mehrere aus einem Schadenereignis entstehende Prozesse handelt. Der Versicherer ist in solchen Fällen berechtigt, sich durch Zahlung der Versicherungssumme und seines der Versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten von weiteren Leistungen zu befreien.
- 18.6 Hat die versicherte Person an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus demselben Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente erstattet.
- 19 Wann besteht kein Haftpflichtversicherungsschutz?**
- Neben den in Ziffer 3 der RVB Teil A genannten Ausschlüssen fallen nicht unter den Versicherungsschutz:
- 19.1 Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
- 19.2 Haftpflichtansprüche aus Tätigkeiten, die nicht zum in den Besonderen Bedingungen und/oder dem Versicherungsschein genannten Zweck gehören, insbesondere auch aus eigenständigen gewerblichen Tätigkeiten oder Beschäftigungen in einem Unternehmen;
- 19.3 Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen;
- 19.4 Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge der Ausübung von Jagd, der Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfen, Kampfsport wie Judo, Kung-Fu und dgl. sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu;
- 19.5 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
- 19.6 Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden;
- 19.7 Haftpflichtansprüche die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind;
- 19.8 Haftpflichtansprüche, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. Strahlen von radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen) sowie mit Laser- und Maserstrahlen;
- 19.9 Haftpflichtansprüche aus Schadensfällen des Versicherungsnehmers sowie von Angehörigen des Versicherungsnehmers und der versicherten Person, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben. Versicherungsschutz besteht jedoch für Personenschäden an diesen Personen. Als Angehörige gelten die Gasteltern, Gastkinder, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).
- 19.10 die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges (ausgenommen die in Ziffern 18.2.6 und 18.2.7 genannten Wasserfahrzeuge) wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden;
- 19.11 die Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren;
- 19.12 die Haftpflicht aus der Ausübung eines Berufes, Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen jeglicher Art;
- 19.13 die Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte;
- 19.14 Ansprüche wegen Schäden an eigenen oder gemieteten Wohnräumen, Gebäuden sowie am eigenen oder gemieteten Inventar der Gastfamilien;
- 19.15 Haftpflichtansprüche aus Sachschäden, welche durch allmähliche Einwirkung der Temperatur, von Gasen, Dämpfen oder Feuchtigkeit, von Niederschlägen (Rauch, Ruß, Staub u. dgl.), ferner durch Abwässer, Schwammbildung, Senkungen von Grundstücken (auch eines darauf errichteten Werkes oder eines Teiles eines solchen), durch Erdbeben, Erschütterungen infolge Rammarbeiten, durch Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer sowie aus Flurschaden durch Weidevieh und aus Wildschaden entstehen;
- 19.16 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an fremden Sachen durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der versicherten Person an oder mit diesen Sachen (z. B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung u. dgl.) entstanden sind. Bei Schäden an fremden unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar Gegenstand der Tätigkeit gewesen sind.
- 19.17 Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person resultieren. Das Gleiche gilt für Sachschäden und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden, die durch Krankheit der der versicherten Person gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind. In beiden Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person beweist, dass sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.
- 20 Was ist nach Eintritt des Haftpflichtversicherungsfalles zu beachten?**
- Ergänzend zu den in Ziffer 7 der RVB Teil A aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten gilt:
- 20.1 Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.
- 20.2 Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles die Tatsachen anzuzeigen, die seine Verantwortlichkeit gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnten. Macht der Dritte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer/der versicherten Person geltend, ist der Versicherungsnehmer/ die versicherte Person zur Anzeige innerhalb einer Woche nach Geltendmachung verpflichtet. Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadenersatzansprüche erhoben wurden. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Anzeige.
- 20.3 Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat der Versicherungsnehmer/die versicherte Person dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn er/sie den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat. Wird gegen den Versicherungsnehmer/die versicherte Person ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihm/ihr gerichtlich der Streit verkündet, so hat er/sie dies unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen. Das Gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.
- 20.4 Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen des Versicherers nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadensfalles dient, sofern ihnen dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Die versicherte Person hat den Versicherer bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihm ausführliche und wahrheitsgemäße Schadensberichte zu erstatten, alle Tatumstände, welche auf den Schadensfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht des Versicherers für die Beurteilung des Schadensfalles erheblichen Schriftstücke einzusenden.
- 20.5 Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat die versicherte Person die Prozessführung dem Versicherer zu überlas-

sen, dem von dem Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht zu erteilen und alle von diesem oder dem Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat sie, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben bzw. alle möglichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.

- 20.6 Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist sie verpflichtet, dieses Recht auf ihren Namen von dem Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Ziffer 20.3 bis 20.5 finden entsprechende Anwendung.
- 20.7 Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

BESONDERE BEDINGUNGEN ZUR AU-PAIR VERSICHERUNG (BB AU-PAIR 05-2021)

ERGÄNZEND ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN ZUR REISEVERSICHERUNG DER KLEMMER INTERNATIONAL ASSEKURADEUR GMBH (RVB) GILT:

1 Versicherungsnehmer

Sofern im Versicherungsschein nichts Abweichendes festgelegt ist, ist die Gastfamilie Versicherungsnehmer und somit Vertragspartner des Versicherers.

2 Versicherungsfähige Personen

Versicherungsfähig im Sinne von Ziffer 1.1 der RVB sind Personen sofern sie

- Au-pair oder Demi-pair und
- zwischen 15 und 39 Jahre alt sind und
- keinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bzw. Österreich haben

3 Versicherte Person

Versicherte Person ist das im Versicherungsschein namentlich genannte Au-pair.

4 Zweck des Aufenthaltes

Zweck des Aufenthaltes ist die Tätigkeit der versicherten Person als Au-pair in Deutschland/Österreich.

5 Geltungsbereich

Ergänzend zu Ziffer 1 der RVB besteht auch Versicherungsschutz zu Urlaubszwecken für maximal 6 Wochen pro Versicherungsjahr weltweit, auch im Heimatland.

6 Gastfamilienwechsel

Für das Au-pair kann bei Wechsel der Gastfamilie innerhalb des ursprünglich versicherten Zeitraumes ein Anschlussvertrag durch die neue Gastfamilie im Rahmen dieser Bedingungen abgeschlossen werden. Sofern

- der Anschlussvertrag in direktem Anschluss an den Vorvertrag beginnt und
- der Anschlussvertrag vor Ende des Vorvertrages beantragt wird und
- der Anschlussvertrag zum selben Zeitpunkt enden soll wie der Vorvertrag,

werden in der Krankenversicherung Erkrankungen und Beschwerden, die während des Vorvertrages erstmals aufgetreten sind, im Anschlussvertrag mitversichert. Dies gilt nicht für Schwangerschaften. Wird der Antrag später als 14 Tage nach einem Wechsel durch die neue Gastfamilie gestellt, beträgt die Wartezeit im Krankheitsfall 14 Tage ab Ausstellungsdatum der Annahmestätigung. Die Wartezeit entfällt jedoch bei Unfall- und Haftpflichtschäden.

7 Rezeptgebühr

Bei Leistungen für Arznei- und Verbandmittel wird eine Rezeptgebühr in Höhe von 5,- € je Rezept in Abzug gebracht.

8 Reisekrankenversicherung

Direktabrechnung

In den Tarifen *BASIC PLUS*, *PREMIUM* und *PREMIUM PLUS* ist eine Direktabrechnung der Ärzte und Krankenhäuser mit dem Versicherer möglich, sofern von der Gastfamilie, dem Arzt oder Krankenhaus die Rechnung bei KLEMMER International Assekuradeur GmbH eingereicht wird.

8.1 Einschluss von Vorerkrankungen

8.1.1 Abweichend zu Ziffer 11.1 der RVB gelten im Tarif *PREMIUM* akut notwendig werdende Untersuchungen und Behandlungen, die auf bereits vor Versicherungsbeginn bestehende Erkrankungen oder Unfälle zurückzuführen sind (Vorerkrankungen), nach einer Wartezeit von 6 Monaten mitversichert.

Im Tarif *PREMIUM PLUS* gelten akut notwendig werdende Untersuchungen und Behandlungen, die auf bereits vor Versicherungsbeginn bestehende Erkrankungen oder Unfälle zurückzuführen sind (Vorerkrankungen), ohne Wartezeit mitversichert.

8.1.2 Grundsätzlich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben jedoch folgende Vorerkrankungen:

- Schwangerschaften, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden,
- HIV-Infektionen bzw. Aids
- TBC
- Diabetes
- Epilepsie
- Fehlsichtigkeit
- Tumorerkrankungen
- Dialysebehandlungen
- Behandlungen, von denen bei Reisebeginn feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen (s. RVB Ziffer 11.3).

8.1.3 Voraussetzung für die Mitversicherung von Vorerkrankungen:

Der Vertrag mit Tarif *PREMIUM PLUS* wurde vor bzw. spätestens am Tag der Einreise oder am Tag des Gastfamilienwechsels abgeschlossen.

Besonderheit bei Gastfamilienwechsel:

Vor dem Gastfamilienwechsel bestand bereits eine Vorversicherung mit dem Tarif *PREMIUM PLUS*.

8.1.4 Beim Vorliegen einer schwerwiegenden Vorerkrankung, z. B. chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische oder asthmatisch bedingte Erkrankungen der Atemorgane, chronische Wirbelsäulenerkrankungen etc., ist der Versicherer nach Ablauf einer Behandlungszeit von maximal 4 Wochen ab Feststellung im Gastland von der Leistung befreit, sofern absehbar ist, dass die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen ihre Aufgaben als Au-pair in der ursprünglich geplanten Aufenthaltsdauer bzw. in der abgeschlossenen Versicherungsdauer nicht wieder aufnehmen kann. In diesem Fall werden die Kosten für einen Rücktransport ins Heimatland übernommen.

8.2 Kostenersatz in der Krankenversicherung

Abweichend von Ziffer 10.1 der RVB werden Kosten für Heilbehandlungen wie folgt erstattet:

8.2.1 **Kostenersatz im ärztlichen Leistungsbereich, auch bei Direktabrechnung**

- 100 % der Kosten im ambulanten Leistungsbereich bis zum 2,3-fachen Satz der GOÄ (keine Analogberechnung) in Österreich zum Tarif der Gebietskrankenkasse im Tarif *PREMIUM PLUS*;
- Besuch einer nahestehenden Person bei einem Krankenhausaufenthalt bei lebensbedrohender Krankheit der versicherten Person oder bei stationärer Behandlungsdauer von mehr als 14 Tagen nach Rücksprache mit KLEMMER International Assekuradeur GmbH bis maximal 2.000,- € in der gesamten Vertragsdauer im Tarif *PREMIUM PLUS*;
- bei Erkrankungen, die eine stationäre Behandlung erfordern und deren Behandlungskosten 2.500,- € voraussichtlich übersteigen, wird in allen Tarifen alternativ der Rücktransport des Au-pair mit medizinischer Begleitung angeboten. Medizinische Indikation ist nicht Voraussetzung. Die Organisation des Rücktransportes obliegt der KLEMMER International Assekuradeur GmbH;
- in den Tarifen *PREMIUM* und *PREMIUM PLUS* wird ein pauschales Ausfallgeld in Höhe von 600,- € an die Gasteltern bei einem durch Unfall hervorgerufenen stationären Krankenhausaufenthalt des Au-pair von mindestens 14 Tagen gezahlt, sofern der Krankenhausaufenthalt unter die Leistungspflicht des Versicherers fällt und der Versicherungsvertrag mindestens für den Zeitraum von 12 Monaten abgeschlossen wurde;
- in den Tarifen *PREMIUM* und *PREMIUM PLUS* wird die Nachleistungspflicht des Versicherers gemäß RVB Ziffer 2.3 auf maximal 3 Monate erhöht;
- alternative homöopathische Behandlungen, wenn diese von approbierten, niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden und die Kosten nicht die Kosten einer vergleichbaren herkömmlichen Behandlung übersteigen, in den Tarifen *PREMIUM* und *PREMIUM PLUS*;
- Antikonzeptionsberatung und -untersuchung (Pos. 1 und 5 lt. GOÄ) in Österreich zum Tarif der Gebietskrankenkasse in den Tarifen *PREMIUM* und *PREMIUM PLUS*; nicht erstattungsfähig sind anfallende Laborkosten und Verhütungsmittel.

8.2.2 **Kostenersatz im zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungsbereich**

- im Tarif *BASIC PLUS* 100 % der Kosten im zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungsbereich bis zum 2,0-fachen Satz der GOZ bzw. GOÄ (keine Analogberechnung) in Österreich nach den autonomen Honorarrichtlinien der Zahnärztekammer bzw. zum Tarif der Gebietskrankenkasse für akute Schmerzbehandlungen, Extraktionen, Füllungen in einfacher Ausführung und schmerzbedingte Wurzelbehandlungen bis zur medikamentösen Einlage inklusive speicheldichtem Verschluss bis maximal 400,- €

- je Versicherungsjahr; über 260,- € hinausgehende Behandlungen nur nach vorheriger Genehmigung durch KLEMMER International Assekuradeur GmbH;
- im Tarif **PREMIUM** 100 % der Kosten im zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungsbereich bis zum 2,0-fachen Satz der GOZ bzw. GOÄ (keine Analogberechnung)/ in Österreich nach den autonomen Honorarrichtlinien der Zahnärztekammer bzw. zum Tarif der Gebietskrankenkasse für akute Schmerzbehandlungen, Extraktionen, Füllungen in einfacher Ausführung und schmerzbedingte Wurzelbehandlungen bis zur medikamentösen Einlage inklusive speicheldichtem Verschluss bis maximal 550,- € je Versicherungsjahr; über 260,- € hinausgehende Behandlungen nach vorheriger Genehmigung durch KLEMMER International Assekuradeur GmbH;
 - im Tarif **PREMIUM PLUS** 100 % der Kosten im zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungsbereich bis zum 2,3fachen Satz der GOZ bzw. GOÄ (keine Analogberechnung)/ in Österreich nach den autonomen Honorarrichtlinien der Zahnärztekammer bzw. zum Tarif der Gebietskrankenkasse für akute Schmerzbehandlungen (inklusive schmerzbedingte Wurzelbehandlung einschließlich Wurzel- und Deckfüllung) bis 400,- € je Versicherungsjahr; über 400,- € hinausgehende Behandlungen nur nach vorheriger Genehmigung durch KLEMMER International Assekuradeur GmbH;
 - unfallbedingter Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit zu 100 % der Kosten, maximal aber 2.500,- € nur nach vorheriger Genehmigung durch KLEMMER International Assekuradeur GmbH in den Tarifen **PREMIUM** und **PREMIUM PLUS**; als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen oder Abbeißen von Nahrungsmitteln sowie absichtliches oder unbeabsichtigtes Aufbeißen auf Gegenstände;
 - Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz zu 50 % der Kosten bis maximal 1.000,- € in der gesamten Vertragsdauer im Tarif **PREMIUM** und bis zu 50 % der Kosten bis maximal 2.000,- € in der gesamten Vertragsdauer im Tarif **PREMIUM PLUS** nur nach vorheriger Genehmigung durch KLEMMER International Assekuradeur GmbH;
 - schmerzbedingte Wurzelspitzenresektion zu 100 % im Tarif **PREMIUM PLUS**.

9 Beitragsrückvergütung

- 9.1 Für die Tarife **BASIC PLUS**, **PREMIUM** und **PREMIUM PLUS** erhält der Versicherungsnehmer eine Beitragsrückvergütung in Höhe eines Monatsbeitrages, sofern
- die Vertragslaufzeit mindestens 12 Monate betrug und
 - die Beiträge immer vollständig und fristgemäß bezahlt wurden und
 - während der gesamten Laufzeit keine Leistungen aus diesem Vertrag erbracht wurden und
 - eine schriftliche Bestätigung des Versicherungsnehmers vorgelegt wird und
 - sichergestellt ist, dass keine Schäden nachgemeldet werden.
- 9.2 Die Rückvergütung erhöht sich auf zwei Monatsbeiträge, sofern zusätzlich zu den nach Ziffer 9.1 erfüllten Voraussetzungen der Versicherungsnehmer bei KLEMMER International Assekuradeur GmbH bereits vier Verträge mit je einer Mindestlaufzeit von 12 Monaten abgeschlossen und vollständig bezahlt hatte.
- 9.3 Die Rückvergütung wird entweder mit einem Folgevertrag verrechnet oder nach Anforderung ausgezahlt, soweit der KLEMMER International Assekuradeur GmbH die diesbezügliche Erklärung (steht auf der Internetseite zum Download bereit) vom Versicherungsnehmer spätestens ein Jahr nach Vertragsablauf zugegangen ist.

10 Reiseunfallversicherung

- 10.1 **Versicherungssummen**
In den Tarifen **BASIC PLUS** und **PREMIUM** lauten die Versicherungssummen wie folgt:
- im Todesfall 5.000,- €
 - Invaliditätsleistung (Grundsumme) 50.000,- €
Invaliditätsleistung bei Vollinvalidität durch 225 % Progression 112.500,- €
 - Bergungskosten 5.000,- €
- In den Tarifen **PREMIUM PLUS** und **HAFTPFLICHT/UNFALL** lauten die Versicherungssummen wie folgt:
- im Todesfall 5.000,- €
 - Invaliditätsleistung (Grundsumme) 60.000,- €
Invaliditätsleistung bei Vollinvalidität durch 350 % Progression 210.000,- €
 - Bergungskosten 5.000,- €
 - kosmetische Operationen 5.000,- €
 - Kinderunfallversicherung Invaliditätsleistung bei Vollinvalidität 35.000,- €

10.2

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 225 %)

Ziffer 13.1 der RVB wird wie folgt erweitert (Progression 225 %):

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen von Ziffern 13.1.2 ff. der RVB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Funktion von mehr als 25 Prozent, gilt Folgendes:

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von bis zu

- 25 Prozent, erfolgt keine Erhöhung der Versicherungsleistung;
- 26 bis 50 Prozent, wird jeder Prozentpunkt, der 25 übersteigt, verdoppelt;
- über 50 Prozent, wird zusätzlich jeder Prozentpunkt, der 50 übersteigt, verdreifacht.

Laufen für die versicherte Person beim Versicherer weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungsverträge zusammen.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirken sich diese Bedingungen im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad / Leistung aus der Versicherungssumme

1 % / 1 %	26 % / 27 %	51 % / 78 %	76 % / 153 %
2 % / 2 %	27 % / 29 %	52 % / 81 %	77 % / 156 %
3 % / 3 %	28 % / 31 %	53 % / 84 %	78 % / 159 %
4 % / 4 %	29 % / 33 %	54 % / 87 %	79 % / 162 %
5 % / 5 %	30 % / 35 %	55 % / 90 %	80 % / 165 %
6 % / 6 %	31 % / 37 %	56 % / 93 %	81 % / 168 %
7 % / 7 %	32 % / 39 %	57 % / 96 %	82 % / 171 %
8 % / 8 %	33 % / 41 %	58 % / 99 %	83 % / 174 %
9 % / 9 %	34 % / 43 %	59 % / 102 %	84 % / 177 %
10 % / 10 %	35 % / 45 %	60 % / 105 %	85 % / 180 %
11 % / 11 %	36 % / 47 %	61 % / 108 %	86 % / 183 %
12 % / 12 %	37 % / 49 %	62 % / 111 %	87 % / 186 %
13 % / 13 %	38 % / 51 %	63 % / 114 %	88 % / 189 %
14 % / 14 %	39 % / 53 %	64 % / 117 %	89 % / 192 %
15 % / 15 %	40 % / 55 %	65 % / 120 %	90 % / 195 %
16 % / 16 %	41 % / 57 %	66 % / 123 %	91 % / 198 %
17 % / 17 %	42 % / 59 %	67 % / 126 %	92 % / 201 %
18 % / 18 %	43 % / 61 %	68 % / 129 %	93 % / 204 %
19 % / 19 %	44 % / 63 %	69 % / 132 %	94 % / 207 %
20 % / 20 %	45 % / 65 %	70 % / 135 %	95 % / 210 %
21 % / 21 %	46 % / 67 %	71 % / 138 %	96 % / 213 %
22 % / 22 %	47 % / 69 %	72 % / 141 %	97 % / 216 %
23 % / 23 %	48 % / 71 %	73 % / 144 %	98 % / 219 %
24 % / 24 %	49 % / 73 %	74 % / 147 %	99 % / 222 %
25 % / 25 %	50 % / 75 %	75 % / 150 %	100 % / 225 %

10.3

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %)

Ziffer 13.1 der RVB wird wie folgt erweitert (Progression 350 %):

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen von Ziffern 13.1.2 ff. der RVB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Funktion von mehr als 25 Prozent, gilt Folgendes:

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von bis zu

- 25 Prozent, erfolgt keine Erhöhung der Versicherungsleistung;
- 26 bis 50 Prozent, wird jeder Prozentpunkt, der 25 übersteigt, verdreifacht;
- über 50 Prozent, wird zusätzlich jeder Prozentpunkt, der 50 übersteigt, verfünffacht.

Laufen für die versicherte Person beim Versicherer weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungsverträge zusammen.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirken sich diese Bedingungen im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad / Leistung aus der Versicherungssumme

1 % / 1 %	26 % / 28 %	51 % / 105 %	76 % / 230 %
2 % / 2 %	27 % / 31 %	52 % / 110 %	77 % / 235 %
3 % / 3 %	28 % / 34 %	53 % / 115 %	78 % / 240 %
4 % / 4 %	29 % / 37 %	54 % / 120 %	79 % / 245 %
5 % / 5 %	30 % / 40 %	55 % / 125 %	80 % / 250 %
6 % / 6 %	31 % / 43 %	56 % / 130 %	81 % / 255 %

7% / 7%	32% / 46%	57% / 135%	82% / 260%
8% / 8%	33% / 49%	58% / 140%	83% / 265%
9% / 9%	34% / 52%	59% / 145%	84% / 270%
10% / 10%	35% / 55%	60% / 150%	85% / 275%
11% / 11%	36% / 58%	61% / 155%	86% / 280%
12% / 12%	37% / 61%	62% / 160%	87% / 285%
13% / 13%	38% / 64%	63% / 165%	88% / 290%
14% / 14%	39% / 67%	64% / 170%	89% / 295%
15% / 15%	40% / 70%	65% / 175%	90% / 300%
16% / 16%	41% / 73%	66% / 180%	91% / 305%
17% / 17%	42% / 76%	67% / 185%	92% / 310%
18% / 18%	43% / 79%	68% / 190%	93% / 315%
19% / 19%	44% / 82%	69% / 195%	94% / 320%
20% / 20%	45% / 85%	70% / 200%	95% / 325%
21% / 21%	46% / 88%	71% / 205%	96% / 330%
22% / 22%	47% / 91%	72% / 210%	97% / 335%
23% / 23%	48% / 94%	73% / 215%	98% / 340%
24% / 24%	49% / 97%	74% / 220%	99% / 345%
25% / 25%	50% / 100%	75% / 225%	100% / 350%

10.4 **Bergungskosten**

10.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 10.4.1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten oder ihr drohte ein Unfall oder ein Unfall war nach den konkreten Umständen zu vermuten. Der versicherten Person sind notwendige Kosten für ihre Rettung, Bergung oder die Suche nach ihr entstanden.
- 10.4.1.2 Ein Dritter (z. B. ein anderer Versicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

10.4.2 Art und Höhe der Leistung:

Ersetzt werden in den Tarifen *BASIC PLUS*, *PREMIUM*, *PREMIUM PLUS* und *HAFTPFLICHT/UNFALL* Kosten bis zu insgesamt 5.000,- € für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlichrechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

10.5 **Kosmetische Operationen**

10.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 10.5.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 10.5.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 10.5.1.3 Ein Dritter (z. B. ein anderer Versicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

10.5.2 Art und Höhe der Leistung:

Ersetzt werden in den Tarifen *PREMIUM PLUS* und *HAFTPFLICHT/UNFALL* Kosten bis zu insgesamt 5.000,- € für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten, notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

10.6 **Kinderunfallversicherung**

In den Tarifen *PREMIUM PLUS* und *HAFTPFLICHT/UNFALL* besteht Versicherungsschutz für im Haushalt der Gastfamilie lebende leibliche Kinder (bis 7 Jahre) für Unfälle, die dem Kind zugestoßen sind, weil das Au-pair seine Aufsichtspflicht verletzt hat. Versichert sind für den Invaliditätsfall bei Vollinvalidität 35.000,- € (die Ziffern 10.2 und 10.3 finden keine Anwendung).

11 **Reisehaftpflichtversicherung**

11.1 **Deckungssummen**

Ergänzend zu Ziffer 18.1 Absatz 2 der RVB gelten folgende Deckungssummen vereinbart:

- im Tarif *BASIC PLUS* 1,0 Mio. €
- im Tarif *PREMIUM* 2,0 Mio. €
- in den Tarifen *PREMIUM PLUS* und *HAFTPFLICHT/UNFALL* 2,6 Mio. €

11.2 **Deckungserweiterungen**

Die Ziffern 18 und 19 der RVB werden wie folgt erweitert:

11.2.1 **Schäden aus der Tätigkeit als Au-pair**

Sofern die versicherte Person aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-pair ausübt, schließt die Reisehaftpflichtversicherung auch gesetzliche Haftpflichtansprüche aus der Tätigkeit als Au-pair ein, insbesondere Personenschäden, die das Au-pair an den Gasteltern und deren Kindern schuldhaft verursacht. Dieser Versicherungsschutz tritt aber nur dann ein, wenn gegen die versicherte Person selbst Ansprüche erhoben werden.

11.2.2 **Schäden an Wohnräumen und Gebäuden**

Abweichend von Ziffern 19.5 und 19.14 der RVB besteht Versicherungsschutz auch für Haftpflichtansprüche wegen Schäden an Wohnräumen und Gebäuden.

11.2.2.1 Eingeschlossen gelten Schäden an eigenen und gemieteten

Wohnräumen und Gebäuden der Gastfamilie bis zu 25.000,- € im Tarif *PREMIUM* und bis zur pauschalen Deckungssumme (siehe Ziffer 11.1) in den Tarifen *PREMIUM PLUS* und *HAFTPFLICHT/UNFALL*. Die Ersatzleistung für Mietsachschäden wird auf die Deckungssumme für Sachschäden angerechnet.

Kann Versicherungsschutz aus einem anderen eigenen Versicherungsvertrag erlangt werden, so entfällt insoweit der Versicherungsschutz aus diesem Vertrag.

11.2.2.2 Ausgeschlossen sind jedoch Haftpflichtansprüche wegen:

- Schäden an Wohnräumen und Gebäuden, die durch eine mangelnde oder fehlende tätigkeitsbezogene Einweisung der versicherten Person entstanden sind;
- Schäden an von der versicherten Person gemieteten Wohnräumen und Gebäuden;
- Schäden an beweglichen Gegenständen wie Bildern, Mobiliar, Fernsehapparaten, Geschirr etc.;
- Schäden durch Abnutzung, Verschleiß und übermäßige Beanspruchung;
- Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten;
- der unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadenereignissen fallenden Rückgriffsansprüche.

11.2.2.3 Schäden am unbeweglichen Eigentum der Gastfamilie sind mit

einem Selbstbehalt von 250,- € mitversichert. Den Selbstbehalt hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Die Regulierung des Schadens erfolgt abzüglich des Selbstbehaltes.

11.2.3 **Schlüsselverlust**

Eingeschlossen gelten in den Tarifen *PREMIUM PLUS* und *HAFTPFLICHT/UNFALL* Schäden, die durch den Verlust von Haus- oder Wohnungsschlüsseln der Gastfamilie entstehen bis zu 500,- €. Die Ersatzleistung für Schäden durch Schlüsselverlust wird auf die Deckungssumme für Sachschäden angerechnet. Erlangt die Gastfamilie Versicherungsschutz aus einem anderen eigenen Versicherungsvertrag, so entfällt insoweit der Versicherungsschutz aus diesem Vertrag.

11.2.4 **Abschiebekosten**

Abweichend von Ziffer 18.1 Absatz 4 der RVB erstattet der Versicherer bei einer behördlich angeordneten Abschiebung der versicherten Person die gegen die Gastfamilie geltend gemachten, nachgewiesenen Mehrkosten im Tarif *PREMIUM* bis maximal 4.100,- € und in den Tarifen *PREMIUM PLUS* und *HAFTPFLICHT/UNFALL* bis maximal 6.000,- €. Zusätzlich gilt in den Tarifen *PREMIUM*, *PREMIUM PLUS* und *HAFTPFLICHT/UNFALL* eine Nachleistungspflicht auch nach Vertragsende, sofern Ansprüche gegen die Gasteltern geltend gemacht werden.

KUNDENINFORMATIONEN

1 Informationen zum Assekurateur

Anschrift

KLEMMER International Assekurateur GmbH

Am Sägbach 3
83674 Gaißbach

Tel. +49 8041 7606-0
Fax +49 8041 7606-800
info@klemmer-international.com
www.klemmer-international.com

Geschäftsführer: Daniela Gögler, Karen Schumann
Amtsgericht München, HRB 241879
Vermittlerregister-Nr.: D-OGMV-U9TBV-20

2 Informationen zum Risikoträger/Versicherer

2.1 BD24 Berlin Direkt Versicherung AG nachfolgend BD24 genannt

2.1.1 Anschrift

BD24 Berlin Direkt Versicherung AG
Wrangelstraße 100
10997 Berlin

Telefon: +49 30 896 770 110
service@berlin-direktversicherung.de

www.berlin-direktversicherung.de
Handelsregister: Amtsgericht Berlin Charlottenburg HRB 152599
UstID: DE291536589

2.1.2 Hauptsitz der Gesellschaft

Hauptsitz der Gesellschaft ist Berlin, Deutschland

2.1.3 Rechtsform

Aktiengesellschaft

2.1.4 Vorstand

Kai-Uwe Blum, Dr. Mirko Kühne

2.1.5 Aufsichtsrat

Dr. Andreas Gent (Vorsitzender)

2.1.6 Hauptgeschäftstätigkeit

Die BD24 betreibt die Versicherung von Risiken, die sich auf Reisen beziehen sowie betreibt die BD24 als Kompositversicherungsunternehmen verschiedene Sparten der Schaden- und Unfallversicherung.

2.1.7 Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Str. 108
53177 Bonn
www.bafin.de

2.1.8 Aufsichtsrat o.ä.

Für die in diesem Druckstück aufgeführten Produkte bestehen keine Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen.

3 Informationen zu den versicherten Leistungen

3.1 Wesentliche Merkmale/Rechtsgrundlage

3.1.1 Grundlage des Versicherungsvertrages sind der Antrag (sofern vorhanden), die Versicherungsbedingungen zur Reiseversicherung der KLEMMER International Assekurateur GmbH (RVB) und die Besonderen Bedingungen, in die die Tarifbestimmungen des Versicherers eingeflossen sind, der Versicherungsschein sowie das jeweilige gültige Versicherungsvertragsgesetz.

3.1.2 Diese Versicherung versichert die versicherte Person im Gastland (s. RVB Ziffer 1) mit den im Versicherungsschein aufgeführten, in den RVB Teil B - D und ggf. Besonderen Bedingungen definierten Leistungen, die gemäß RVB Ziffer 6.4 fällig werden. Der Versicherer erbringt die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen.

3.2 Kosten und Zahlungsweise

Mit Ausnahme des im Versicherungsschein genannten Beitrags (inkl. gesetzlicher Versicherungssteuer) sind vom Versicherungsnehmer keine weiteren Kosten für den Vertragsabschluss und den Versicherungsschutz zu tragen.
Der Beitrag ist gemäß der im Versicherungsschein aufgeführten

Zahlungsweise vom Versicherungsnehmer zu leisten; s. auch RVB Ziffer 5.

Diese Versicherungsbedingungen können vom Versicherer für neue, nicht jedoch für bestehende Verträge jederzeit geändert werden. An das Angebot (Quotierung) ist der Versicherer bzw. die KLEMMER International Assekurateur GmbH 30 Tage gebunden.

3.3 Den Gesamtpreis der Versicherung entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein.

4 Informationen zum Vertrag

4.1 Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag ist durch die Deckungsbestätigung oder durch die Annahme des Antrags durch die KLEMMER International Assekurateur GmbH zustande gekommen. Beginn des Vertrages und des Versicherungsschutzes ist der im Versicherungsschein genannte Tag.

4.2 Widerrufsbelehrung für Versicherungsnehmer in Deutschland

4.2.1 Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
KLEMMER International Assekurateur GmbH
Am Sägbach 3 | 83674 Gaißbach
info@klemmer-international.com

4.2.2 Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der wie folgt errechnet wird:
Tagestarif: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestand, x vereinbarte Tagesprämie;
Monatstarif: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestand, x 1/30 x vereinbarte Monatsprämie;
mindestens jedoch 25,- €.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

4.2.3 Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

4.3 Rücktrittsrecht für Versicherungsnehmer in Österreich

Sie können von Ihrer Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 9a des Versicherungsaufsichtsgesetzes sowie § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Rücktritts. Der Rücktritt ist zu richten an:
KLEMMER International Assekurateur GmbH
Am Sägbach 3 | 83674 Gaißbach
info@klemmer-international.com

Wenn Sie von diesem Vertrag zurücktreten, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Rücktritt dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung

Entgelte berechnet.
Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang des Versicherungsscheins und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

4.4 **Laufzeit und Kündigungsbedingungen**

Der Vertrag läuft für die im Versicherungsschein genannte Zeit. Die Kündigungsbedingungen sind in Ziffern 2.1.1 und 2.4 der RVB zu finden.

4.5 **Welches Recht findet Anwendung?**

Für Verträge mit einem deutschen Versicherungsnehmer gilt deutsches Recht.

Für Verträge mit einem österreichischen Versicherungsnehmer gilt österreichisches Recht.

Für Verträge mit Versicherungsnehmern außerhalb Deutschlands oder Österreichs gilt das Recht des Gastlandes (Deutschland oder Österreich).

4.6 **Welches Gericht ist zuständig?**

4.6.1 **Für Versicherungsnehmer in Deutschland**

Der Gerichtsstand für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer ist der Sitz des Versicherers. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk er zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen diesen bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach seinem Sitz oder seiner Niederlassung. Liegt der Wohnsitz, Sitz oder die Niederlassung des Versicherungsnehmers in einem Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, ist der Gerichtsstand wiederum der Sitz des Versicherers.

4.6.2 **Für Versicherungsnehmer in Österreich**

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer ist das Gericht zuständig, in dessen Sprengel der Agent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses des Vertrages seine gewerbliche Niederlassung oder in deren Ermanglung seinen Wohnsitz hatte. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder den Ort Ihrer Beschäftigung zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

Liegt Ihr Wohnsitz, Sitz oder Ihre Niederlassung in einem Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, ist der Gerichtsstand wiederum Wien.

4.7 **Vertragssprache**

Die Vertragssprache ist Deutsch. Jegliche Kommunikation erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

5 **Beschwerdemöglichkeiten**

5.1 **Außergerichtliche Schlichtungs- und Beschwerdeverfahren für Versicherungsnehmer in Deutschland**

Sofern der Versicherer freiwilliges Mitglied im Verein Ombudsmann e.V. ist, haben Sie die Möglichkeit, die kostenfreien Dienste des Versicherungsombudsmannes (unabhängige Schlichtungsstelle, außer für Krankenversicherungsverträge) in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren können Sie sich an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder die EU-Kommission wenden.

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de

Bei Beschwerden oder für Rechtsauskünfte sowie zur Durchführung eines Streitbeilegungsverfahrens für die Krankenversicherung können Sie sich an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung (Postfach 06 02 22, 10052 Berlin) wenden.
www.pkv-ombudsmann.de.

Online Streitbeilegung gemäß: Art. 14 Abs. 1 ODR-VO

Die Europäische Union stellt eine Plattform zur Online-Streitbeilegung (OS-Plattform) bereit, die Sie unter: <https://ec.europa.eu/consumers/odr/> finden.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
www.bafin.de

Aufsichtsbehörde

Versicherungsnehmer/versicherte Personen können Beschwerden auch an die zuständige Aufsichtsbehörde richten; es ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

5.2 **Außergerichtliche Schlichtungs- und Beschwerdeverfahren für Versicherungsnehmer in Österreich**

Schlichtungsversuche und Beschwerden können – wenn eine Einigung mit dem Versicherer nicht erzielt werden kann – an folgende Schlichtungs- und Beschwerdestellen gerichtet werden:

Versicherungsombudsmann

Beim Versicherungsombudsmann bekommen Sie kostenlos

- Antworten auf Rechtsfragen zu Versicherungsverträgen,
- neutrale Informationen,
- Lösungsvorschläge für Versicherungsprobleme,
- Hilfe bei Beschwerden gegen Versicherungen.

Der Versicherungsombudsmann ist zu erreichen unter:

Versicherungsombudsmann
Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien
info@vvo.at
www.vvo.at

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt für den Versicherungsnehmer unberührt.

Aufsichtsbehörde

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Wien
Telefon: +43 1 24959-0, Telefax: +43 1 24959-5499
E-Mail: fma@fma.gv.at

Die FMA ist die unabhängige, weisungsfreie und integrierte Aufsichtsbehörde für den Finanzmarkt Österreichs und als Anstalt öffentlichen Rechts eingerichtet.

6 **Hinweise zum Datenschutz**

Diese Datenschutzhinweise sind eine zusammenfassende Darstellung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten nutzen. Weitere Informationen finden Sie in den Datenschutzrichtlinien der KLEMMER International Assekuradeur GmbH und den Datenschutzrichtlinien des Versicherers BD24.

6.1 **Verantwortliche für die Datenverarbeitung**

1) KLEMMER International Assekuradeur GmbH
Am Sägbach 3, 83674 Gaißbach
Telefon +49 8041 7606-200, Fax +49 8041 7606-250
E-Mail-Adresse: info@klemmer-international.com

2) BD24 Berlin Direkt Versicherung AG
Wrangelstr. 100, D-10997 Berlin
Telefon: +49 30 896 770 110
E-Mail-Adresse: service@berlin-direktversicherung.de

Alle Verantwortlichen nachfolgend gemeinsam auch „wir“ genannt.

6.2 **Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung**

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten als eigenständig Verantwortliche unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

6.3 **Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.**

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit z.B. einer BD24-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der BD24 und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

6.3.1 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermitteln diese Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppen nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppen besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unseren Dienstleisterlisten finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir möglicherweise bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

6.4

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

6.5

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

6.6

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

7

Datenübermittlung in ein Drittland

7.1

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.



KLEMMER International Assekurateur GmbH

Am Sägbach 3 · 83674 Gaißach · Deutschland
Tel. +49 8041 7606-200
Fax +49 8041 7606-250
travel@klemmer-international.com
www.klemmer-international.com

PARTNER DER

**MARTENS/
PRAHL/GRUPPE**