



Tarif AZpremium

Teil III – Tarifbedingungen

Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung



Krankheitskostenteilversicherung Teil III Ambulanter Zusatzschutz: Tarif AZpremium

Inhalt

1 Allgemeine Regelungen

- 1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?
- 1.2 Art der Versicherung
- 1.3 Wer kann versichert werden?

2 Unsere Leistungen

- 2.1 Allgemeine Regelungen
- 2.2 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung eines Gesundheitspartners?
- 2.3 Was leisten wir für Sehhilfen und operative Korrekturen der Sehschärfe?
- 2.4 Was leisten wir für Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren?
- 2.5 Was leisten wir für nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel und für verordnete Arzneimittel bei Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren?
- 2.6 Was leisten wir für Zuzahlungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Fahrtkosten?
- 2.7 Was leisten wir für Schutzimpfungen?
- 2.8 Was leisten wir für Behandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland?
- 2.9 Was leisten wir für Vorsorgeuntersuchungen?
- 2.10 Was leisten wir für Präventionsmaßnahmen?

3 Wie sind die Wartezeiten geregelt?

4 Unsere Services

- 4.1 Schnelligkeitsgarantie
- 4.2 Serviceleistungen bei Auslandsreisen
- 4.3 Gesundheitsportal
- 4.4 Unterstützung

5 Beiträge

6 Glossar

1 Allgemeine Regelungen

1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung. Diese bestehen aus:

- Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009) und
- Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG.

Die Teile I und II gelten, soweit sie nicht durch die Bestimmungen des Teils III ergänzt oder geändert werden.

- Teil III Tarifbedingungen des Tarifs AZpremium. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Für Leistungen der Ziffer 2.8 gelten die beiliegenden „Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung“.

1.2 Art der Versicherung

Es handelt sich um eine ambulante Zusatzversicherung. Sie ergänzt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Für Empfänger der Heilfürsorge tritt an Stelle der GKV-Leistung die Leistung der Heilfürsorge. Soweit in diesen Bedingungen von GKV bzw. Leistungen der GKV gesprochen wird, sind hiervon auch die Empfänger der Heilfürsorge betroffen.

Wir bieten Versicherungsschutz für:

- Sehhilfen und operative Korrekturen der Sehschärfe,
- Behandlungen durch Heilpraktiker und bei Naturheilverfahren,
- nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel und für verordnete Arzneimittel bei Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren,
- Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten,
- Schutzimpfungen,
- krankheitsbedingte Aufwendungen und Rücktransporte bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland,
- Vorsorgeuntersuchungen und
- Präventionsmaßnahmen.

Die genauen Leistungen haben wir in Ziffer 2 beschrieben.

1.3 Wer kann versichert werden?

Sie können sich versichern, wenn Sie Anspruch auf Leistungen einer deutschen GKV haben oder Empfänger der Heilfürsorge sind.

Wenn diese Eigenschaft wegfällt, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Wenn die Voraussetzung wegfällt, müssen Sie uns das unverzüglich in Textform mitteilen.

2 Unsere Leistungen

2.1 Allgemeine Regelungen

Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen berechnet werden. Für ärztliche Leistungen ist das die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und für Heilpraktikerleistungen das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).

Wir übernehmen die Leistungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung bzw. des Gebührenverzeichnisses. Für die GOÄ handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des § 5 der Gebührenordnung.

Die Aufwendungen rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem die Behandlung erfolgte. Bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln gilt das Bezugsdatum. Bei Laborleistungen gilt das Datum, an dem die Laborleistung erbracht wurde.

Wenn sich Ihre GKV an einer der Tarifleistungen beteiligt, müssen Sie uns die Höhe der GKV-Leistung nachweisen. Unsere Erstattung ist dann maximal die Differenz zwischen den Gesamtkosten und der GKV-Leistung.

2.2 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung eines Gesundheitspartners?

Gesundheitspartner der HUK-COBURG-Krankenversicherung bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden. Die regionale Verteilung der Gesundheitspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus einsehbar unter www.huk.de. Durch Inanspruchnahme dieser Gesundheitspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen.

2.3 Was leisten wir für Sehhilfen und operative Korrekturen der Sehschärfe?

Wir leisten unabhängig von einer Sehstärkenveränderung **100 %** für

- medizinisch notwendige Sehhilfen und
- operative Korrekturen der Sehschärfe mittels Laser-Technologie (wie LASIK-Operation) oder Kunstlinsen-Operation.

Ihnen stehen hierfür pro Kalenderjahr **100 €** zur Verfügung.

Wenn Sie für ein Kalenderjahr keine Leistung in Anspruch nehmen, erhöht sich der Erstattungsanspruch im folgenden Kalenderjahr um 100 €. Nach 9 ununterbrochen leistungsfreien Kalenderjahren steigt der Erstattungsanspruch nicht mehr.

Wenn Sie für ein Kalenderjahr ausschließlich Leistungen für operative Korrekturen der Sehschärfe mittels Laser-Technologie oder Kunstlinsen-Operationen in Anspruch nehmen, steht Ihnen der doppelte Betrag zur Verfügung.

Wenn Sie einen unserer Gesundheitspartner in Anspruch nehmen, erhöht sich Ihr Erstattungsanspruch um 50 %. Der Erstattungsanspruch bei Nutzung eines Gesundheitspartners erhöht sich nur, wenn Sie in einem Kalenderjahr alle eingereichten Leistungen aus den in a) und b) genannten Bereichen von Gesundheitspartnern beziehen. Dabei muss es sich nicht um denselben Gesundheitspartner handeln.

Wenn Sie für ein Kalenderjahr Leistungen in Anspruch nehmen und den verfügbaren Betrag für das Kalenderjahr nicht vollständig ausschöpfen, können Sie den Restbetrag nicht auf das Folgejahr übertragen. Ein eventueller angesammelter Erstattungsanspruch aus leistungsfreien Vorjahren verfällt. Im folgenden Kalenderjahr stehen Ihnen wieder 100 € zur Verfügung.

Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

Die möglichen Erstattungshöhen haben wir Ihnen in den folgenden Tabellen dargestellt.

Erstattung, wenn Sie innerhalb eines Kalenderjahres entweder nur Leistungen für Sehhilfen oder Leistungen für Sehhilfen und operative Korrekturen in Anspruch nehmen:

Ununterbrochen leistungsfreie Kalenderjahre	Ohne Nutzung Gesundheitspartner	Mit Nutzung Gesundheitspartner
0	100 €	150 €
1	200 €	300 €
2	300 €	450 €
3	400 €	600 €
4	500 €	750 €
5	600 €	900 €
6	700 €	1.050 €
7	800 €	1.200 €
8	900 €	1.350 €
9	1.000 €	1.500 €

Erstattung, wenn Sie innerhalb eines Kalenderjahres ausschließlich Leistungen für operative Korrekturen in Anspruch nehmen:

Ununterbrochen leistungsfreie Kalenderjahre	Ohne Nutzung Gesundheitspartner	Mit Nutzung Gesundheitspartner
0	200 €	300 €
1	400 €	600 €
2	600 €	900 €
3	800 €	1.200 €
4	1.000 €	1.500 €
5	1.200 €	1.800 €
6	1.400 €	2.100 €
7	1.600 €	2.400 €
8	1.800 €	2.700 €
9	2.000 €	3.000 €

2.4 Was leisten wir für Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren?

Wir leisten **80 %** für

- ambulante Behandlungen (mit Ausnahme von Psychotherapie) und verordnete Verbandmittel durch Heilpraktiker und
- ambulante Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker, die von der GKV nicht übernommen werden, einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Verbandmittel.

Für diese Leistungen erstatten wir insgesamt maximal **800 €** pro Kalenderjahr.

Die Erstattungspflicht für Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker beschränken wir auf folgende Maßnahmen aus dem »Hufeland-Verzeichnis«:

Akupunktur, Akupressur, Ausleitende Verfahren, Bioenergetische Medizin, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung, Homöopathie, Neuraltherapie, Osteopathie, Ozontherapie, Reflexzonenmassage, Sauerstoff-Therapie, Shiatsu.

Arzneimittel für Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren erhalten Sie ausschließlich nach Ziffer 2.5.

2.5 Was leisten wir für nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel und für verordnete Arzneimittel bei Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren?

Wir leisten **80 %** für

- nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel. Diese Arzneimittel müssen Sie über eine Apotheke beziehen. Aus Ihrem Zahlungsbeleg müssen folgende Punkte hervorgehen:
 - der Handelsname des Arzneimittels,
 - die Pharmazentralnummer (PZN) des Arzneimittels,
 - der Preis des Arzneimittels,
 - das Bezugsdatum und
 - Ihr Name.
- verordnete Arzneimittel bei Behandlungen durch Heilpraktiker oder Naturheilverfahren. Diese Arzneimittel müssen vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden.

Für diese Leistungen erstatten wir insgesamt maximal **160 €** pro Kalenderjahr.

Als Arzneimittel gelten nicht Nahrungsmittel, Stärkungspräparate (z. B. Vitamine/Mineralstoffe), kosmetische Präparate, Potenz-, Verhütungs-, Gewichtsreduktions- und Haarwuchsmittel, Präparate zur Raucherentwöhnung, Lifestyle und Anti-Aging-Präparate sowie Mittel, die nicht zu einer gezielten Behandlung einer bestehenden Erkrankung eingesetzt werden.

Vom Arzt oder Heilpraktiker verordnete Vitamin-, Nähr- und Stärkungspräparate werden bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit zur Vermeidung lebensbedrohlicher schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. Morbus Crohn und Mukoviszidose oder während einer Schwangerschaft gezahlt.

2.6 Was leisten wir für Zuzahlungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Fahrtkosten?

Wir leisten **100 %** der Zuzahlungen im Sinne des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) für medizinisch notwendige

- Arzneimittel,
- Verbandmittel,
- Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, Fango, Massage),
- Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Bandagen, Einlagen) und
- Fahrtkosten

im Rahmen von ambulanten Behandlungen.

Für diese Leistungen erstatten wir insgesamt maximal **500 €** pro Kalenderjahr.

Zu den Zuzahlungen zählt auch die Verordnungsgebühr. Wir leisten nur, wenn die GKV ebenfalls Leistungen für diese Aufwendungen zur Verfügung stellt.

Leistungen für Sehhilfen erhalten Sie ausschließlich nach Ziffer 2.3.

2.7 Was leisten wir für Schutzimpfungen?

Wir leisten **100 %** für

- empfohlene Impfungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland,
- Impfungen auf Grund von Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes,
- Zeckenschutzimpfungen,
- Schutzimpfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Grippe und
- den Impfstoff für die Impfungen der Ziffern a) – d).

Für diese Leistungen erstatten wir insgesamt maximal **100 €** pro Kalenderjahr.

2.8 Was leisten wir für Behandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland?

Im Rahmen von Reisen ins Ausland haben Sie weltweit Versicherungsschutz für alle vorübergehenden Auslandsaufenthalte bis zu 42 Tage pro Auslandsaufenthalt.

Dieser Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. des Versicherungsverhältnisses.

Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus, haben Sie nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes Leistungsanspruch. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise müssen Sie uns im Leistungsfall nachweisen.

Sie haben für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitraum hinaus Leistungsanspruch, solange Sie die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht antreten können.

Näheres zu u.a. Geltungsbereich und versicherten Leistungen regeln die beiliegenden „Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung“.

2.9 Was leisten wir für Vorsorgeuntersuchungen?

Wir leisten **100 %** für

- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) und
- übliche ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose).

Für diese Leistungen erstatten wir insgesamt maximal **200 €** pro Kalenderjahr.

Die Untersuchung muss von einem Arzt durchgeführt werden.

Für die Vorsorgeuntersuchungen bzw. Früherkennungen von Krankheiten gibt es keine Altersbegrenzung und keine Höchstanzahl von Untersuchungen.

Wenn Sie für ein Kalenderjahr keine Leistung in Anspruch nehmen, erhöht sich der Erstattungsanspruch im folgenden Kalenderjahr um 200 €. Nach 4 ununterbrochen leistungsfreien Kalenderjahren steigt der Erstattungsanspruch nicht mehr und beträgt 1.000 €.

Wenn Sie für ein Kalenderjahr Leistungen in Anspruch nehmen und den verfügbaren Betrag für das Kalenderjahr nicht vollständig ausschöpfen, können Sie den Restbetrag nicht auf das Folgejahr übertragen. Ein eventueller angesammlter Erstattungsanspruch aus leistungsfreien Vorjahren verfällt. Im folgenden Kalenderjahr stehen Ihnen wieder 200 € zur Verfügung.

Die möglichen Erstattungshöhen haben wir Ihnen in der folgenden Tabelle dargestellt.

Ununterbrochen leistungsfreie Kalenderjahre	max. Erstattungsbetrag
0	200 €
1	400 €
2	600 €
3	800 €
4	1.000 €

2.10 Was leisten wir für Präventionsmaßnahmen?

Wir leisten **100 %** für Präventionskurse aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Entspannung, Suchtprävention und Raucherentwöhnung.

Für diese Leistungen erstatten wir maximal **100 €** pro Kalenderjahr.

Als Präventionskurse gelten Maßnahmen, die von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation, auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte sowie unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen, erbracht werden.

3 Wie sind die Wartezeiten geregelt?

Die Wartezeiten für die Leistungen betragen 3 Monate. In dieser Zeit haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen.

Die Wartezeiten entfallen bei Unfällen und für die Auslandsreise-Krankenversicherung.

Die Regelungen zu den Wartezeiten finden Sie in § 3 Teil I und II der AVB.

4 Unsere Services

4.1 Schnelligkeitsgarantie

Wir garantieren Ihnen eine Bearbeitung der Leistungsanträge innerhalb von zwei Wochen. Sollten wir dieses Versprechen nicht einhalten, zahlen wir Ihnen als »Entschuldigung« 10 €.

Die zwei Wochen zählen ab Posteingang bei uns. Liegen Feiertage innerhalb dieses Zeitraums, verlängert sich die Frist entsprechend.

Voraussetzung für unser Versprechen ist lediglich, dass Sie zum Einreichen Ihrer Rechnungen den Leistungsscheck verwenden. Bitte informieren Sie sich außerdem auf www.huk.de über weitere Einreichungsmöglichkeiten, die Ihnen die Schnelligkeitsgarantie sichern.

4.2 Serviceleistungen bei Auslandsreisen

Wir stellen Ihnen praktische Tipps zur gesunden Reise, zu Impfempfehlungen, erster Hilfe, Arztauskunft und zum 24h-Kontakt zur Verfügung.

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- Telefonischer 24h-Kontakt an 365 Tagen,
- Vermittlung und Benennung von deutsch-/englischsprachigen Ärzten und Kliniken im Ausland,
- Kontaktvermittlung zwischen Ihrem Hausarzt und den behandelnden Krankenhausärzten,
- Information Ihrer Angehörigen,
- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-Abrechnung bei stationären Aufenthalten und
- Organisation des Krankenrücktransports.

Näheres regeln die Zusatzbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung.

4.3 Gesundheitsportal

Unter der Internetadresse www.huk.de können Sie sich zu den Themen Gesundheit, Aktuelles aus Medizin, Forschung und Reisemedizin informieren.

4.4 Unterstützung

Wir unterstützen Sie mit einem vielfältigen Angebot im Leistungsfall und rund um Ihren Vertrag.

Nähere Informationen erhalten Sie unter www.huk.de.

5 Beiträge

Der Tarif wird nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersgruppen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person:

Altersgruppe	Monatsbeitrag
0 bis 25 Jahre	20,38 €
26 bis 39 Jahre	27,94 €
Ab 40 Jahre	31,99 €

Für die Höhe der Erstbeiträge ist Ihr tatsächliches Alter am Monatsende vor dem Versicherungsbeginn ausschlaggebend. Der Beitrag richtet sich nach der Altersgruppe dieses Alters.

Während der Vertragslaufzeit verändert sich der Beitrag ab dem Monatsersten nach Ihrem 26. bzw. 40. Geburtstag. Sie müssen dann den Beitrag der jeweils erreichten, nächsthöheren Altersgruppe zahlen.

Eventuell vereinbarte Zuschläge (beispielsweise Risikozuschläge) sind hier noch nicht berücksichtigt.

Durch Beitragsanpassungen gemäß § 8 b der AVB können sich die genannten Beiträge verändern.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem gültigen Versicherungsschein.

6 Glossar

Im folgenden Abschnitt erläutern wir verschiedene medizinische und in der Versicherung gebräuchliche Fachbegriffe. Das Glossar enthält keine Leistungsversprechen.

Alterungsrückstellungen

Als Alterungsrückstellungen werden Rücklagen in der privaten Krankenversicherung für die Absicherung von Altersrisiken bezeichnet.

Auswärtiges Amt

Das Auswärtige Amt bildet zusammen mit den Auslandsvertretungen den Auswärtigen Dienst. Das Auswärtige Amt veröffentlicht umfangreiche Informationen zu allen Staaten der Welt. Zum Beispiel Reise- und Sicherheitshinweise oder Reisewarnungen.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Internetadresse www.auswaertiges-amt.de

Bezugsdatum

Das ist das Datum, an dem Sie Ihre „Ware“ oder „Dienstleistung“ bezogen haben. Wenn Sie z. B. ein Arzneimittelrezept erhalten haben, ist das Bezugsdatum das Datum, an dem Sie das Medikament in der Apotheke geholt haben.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die GOÄ regelt die Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung.

Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH)

Die GebÜH regelt die Abrechnung der Leistungen im Rahmen einer Behandlung durch den Heilpraktiker.

Heilmittel

Sie dienen zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen und wirken überwiegend äußerlich auf den Körper ein, wie z. B. Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie.

Hilfsmittel

Hilfsmittel gleichen körperliche und geistige Funktionseinschränkungen aus oder erfüllen therapeutische Zwecke, wie z. B. Alltagserleichterung durch Gehhilfen oder Hörgeräte.

Krankenversicherung nach Art der Schaden

Die Prämie wird auf Basis einer jährlichen Betrachtung berechnet und kalkuliert keine Alterungsrückstellungen ein.

Kunstlinsen-Operation

Bei einer Kunstlinsen-Operation wird die körpereigene trübe Linse durch eine klare Kunstlinse ersetzt. Die Sehkraft ist somit nicht mehr durch die Linsentrübung beeinträchtigt.

LASIK-Operation

Bei der LASIK-Operation wird durch Gewebeabtragung innerhalb der Hornhaut eine Änderung der Hornhautkrümmung erreicht und damit eine Fehlsichtigkeit ausgeglichen.

Naturheilverfahren

Naturheilverfahren sind Verfahren, die die Selbstheilungskräfte des Körpers unterstützen, wie z. B. Akupunktur oder Homöopathie.

Präventionsmaßnahmen

Das sind Maßnahmen, die zur Vorbeugung bzw. Verhütung von Krankheiten dienen.

Schutzimpfungen

Bei einer Schutzimpfung erfolgt die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen. Das Immunsystem soll somit gegen spezifische Stoffe aktiviert werden. Impfungen dienen also als vorbeugende Maßnahme gegen Infektionskrankheiten.

Schwebender Versicherungsfall

Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn die Erkrankung festgestellt wurde, die versicherte Person ärztlich behandelt wird und die medizinisch notwendige Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Textform

Das bedeutet, dass Sie eine Erklärung schriftlich abgeben müssen, aber - im Gegensatz zur Schriftform - keine eigenhändige Unterschrift notwendig ist, z. B. reicht ein Fax, eine SMS oder eine E-Mail.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem die versicherte Person unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z. B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Das bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“.

Vorsorgeuntersuchung

Eine Vorsorgeuntersuchung hat das Ziel, Gesundheitsgefahren zu erkennen, zu dokumentieren und zu vermeiden.

Wartezeit

Als Wartezeit wird der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn mit Beitragszahlung und Beginn des eigentlichen Versicherungsschutzes bezeichnet. Während der Wartezeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.



Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung in den Tarifen AZZ, AZZ Plus, AZZ PremiumPlus, AZplus, AZpremium, GAZplus, GAZpremium, GAZ, G60Z, G60Z Plus, AZ1, 60Z, 60Z Plus, BE1, BE2, BE3, BE2A, BE3A gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung, soweit sie nicht ausdrücklich durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

(1) Die Auslandsreisekrankenversicherung bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und im Todesfall. Sie gewährt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, deren Verschlechterung oder wegen akuter Folgen eines Unfalls.

Jede Heilbehandlung oder Unfallfolge, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, ist ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch regelwidrige Schwangerschaftsbeschwerden, Frühgeburten, Fehlgeburten oder notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche. Nach der Entbindung ist das Neugeborene bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind mitversichert, soweit die Kosten der Entbindung tarifgemäß erstattet werden.

Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

(3) Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb Deutschland mit Ausnahme der Länder, in denen die versicherte Person einen Wohnsitz hat.

§ 2 Örtlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht weltweit für Versicherungsfälle, die während der versicherten Reise im Ausland eintreten.

§ 3 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von Ärzten und Zahnärzten verordnet, Arzneimittel zudem aus einer Apotheke bezogen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(4) Der Versicherer kommt im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel auf, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, sowie für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Eine Herabsetzung der Leistung im letzteren Fall darf jedoch nicht dazu führen, dass weniger erstattet wird als bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel zu erstatten wäre.

(5) Erstattungsfähig sind die verbleibenden medizinisch notwendigen Aufwendungen zu 100 % für

a) ambulante ärztliche Heilbehandlung, einschließlich Röntgendiagnostik

b) Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder und medizinische Packungen und Krankengymnastik. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden

c) Miete oder Leihe ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese erstmals erforderlich werden, mit Ausnahme von Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräten. Aufwendungen für den Kauf von ärztlich verordneten Hilfsmitteln, die infolge eines Unfalls erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen, sind bis zu insgesamt 150 € je Versicherungsfall erstattungsfähig

d) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern diese im Rahmen der medizinischen notwendigen Akutversorgung erforderlich ist. Muss eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, stationär behandelt werden, erstatten wir für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr bis 24 Uhr) bei medizinisch notwendiger Aufnahme einer Begleitperson ein Krankenhaustagegeld von 15 €. Aufnahme- und Entlassungstag zusammen als ein voller Tag gewertet.

e) notwendigen Transport zur erforderlichen akuten Erstversorgung zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Notfallarzt sowie der gegebenenfalls notwendige Transport von der Erstversorgungseinrichtung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus im jeweiligen Land

f) schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung. Reparaturen von Zahnersatz sind bis 300 € je Versicherungsfall erstattungsfähig, nicht aber Neuanfertigung von Implantaten, Kronen, Onlays, Inlays, Brücken, Prothesen und Kieferorthopädie. Die auf Grund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles medizinisch notwendigen Aufwendungen für provisorische Zahnkronen und provisorisch herausnehmbaren Zahnersatz sind bis 300 € je Versicherungsfall erstattungsfähig.

(6) Zusätzliche Leistungen

a) Die HUK-COBURG-Krankenversicherung organisiert den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Der Rücktransport wird auch organisiert, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde.

Keine Leistungspflicht besteht, soweit der Rücktransport nicht durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung organisiert wurde. Für den Rücktransport bietet die HUK-COBURG-Krankenversicherung einen 24h-Kontakt an (sh. Nr. 7a)).

- b) Wir übernehmen für die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 10.000 € Versicherungsleistung. Aufwendungen für die Bestattung einer versicherten Person im Ausland übernehmen wir bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

(7) Serviceleistungen

- a) Bei Auslandsreisen stellt die HUK-COBURG-Krankenversicherung einen 24h-Kontakt mit wichtigen Leistungen, wie z. B. Kostenübernahme für stationäre Behandlungen, Organisation von Auslandsrücktransporten, Organisation der Überführung bei Tod, Vermittlung und Benennung von deutsch-/englischsprachigen Ärzten/Krankenhäusern, zur Verfügung. Der 24h-Kontakt ist im Ausland mit der jeweils gültigen Vorwahl für Deutschland unter 69 6655544 erreichbar.
- b) Unter der Internetadresse www.huk.de können umfassende Informationen rund um das Thema Gesundheit und Aktuelles aus Medizin und Forschung und Reisemedizin abgerufen werden.
- c) Die HUK-COBURG-Krankenversicherung stellt praktische Tipps zur gesunden Reise, zu Impf-Empfehlungen, erster Hilfe, Arztauskunft und zum 24h-Kontakt zur Verfügung.
- d) Der Versicherte gibt gegenüber dem Krankenhaus eine Kostenübernahmegarantie ab und übernimmt namens und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenversicherer bzw. sonstigen Dritten, die zur Kostentragung der stationären Behandlung verpflichtet sind.
- e) Gerät die versicherte Person auf einer Reise in eine schwerwiegende Notlage (z. B. Erkrankung, Unfall), übermittelt der Versicherer auf Wunsch Nachrichten an die der versicherten Person nahe stehenden Personen und übernimmt die dadurch entstehenden Übermittlungskosten.
- f) Der Versicherer stellt – soweit erforderlich – über einen von ihm beauftragten Arzt den Kontakt zum jeweiligen Hausarzt und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthaltes sorgt er für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten.

§ 4 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht für
- a) Krankheiten und Folgen sowie für Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war
- b) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse (z. B. durch Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes) oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind
- Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist. Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Abs. (1) b).
- c) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen
- d) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung. Nicht ausgeschlossen ist die akute psychische Betreuung nach traumatischen Ereignissen.
- e) sonstige Hilfsmittel, es sei denn, sie sind gemäß § 3 (5) c) erstattungsfähig
- f) Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. bei künstlicher Befruchtung)
- g) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen
- h) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltsweg unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird
- i) Behandlung durch Ehegatten, Personen nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Sachaufwendungen werden erstattet

- j) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung
- k) Behandlungen und Rücktransporte (einschließlich Überführungen und Bestattungen) wegen der in § 1 (2) genannten Ereignisse, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnosen bereits vor Reiseantritt feststand, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder des Lebenspartners gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde
- l) Fahrtkosten von der Untersuchung/Behandlung zurück zur Unterkunft und weiteren Fahrtkosten zu Nachbehandlungen
- m) Hotelkosten und sonstige Unterbringungskosten
- n) kosmetische Behandlungen/Operationen
- o) Aufwendungen für die Fortsetzung der Reise bzw. für eine Rückreise, es sei denn, es handelt sich um den von der HUK-COBURG-Krankenversicherung organisierten Rücktransport nach § 3 (6) a).

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Dies gilt auch für Ansprüche auf staatliche Zuschüsse, Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Leistungen anderer Kostenträger.

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise – dazu gehören auch Zahlungsnachweise (Bankbelege, Kreditkartenbelege etc.), Befund- und Behandlungsberichte und Reisezeitraumbestätigungen – erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z. B. den in § 4 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Leistungen vermerkt hat.
- (2) Alle Belege müssen den Namen und die Anschrift des Leistungserbringers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittierungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 4 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

§ 6 Forderungsansprüche gegen Dritte

- (1) Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt und unbeeinträchtigt. Ansprüche gegenüber einer privaten Krankheitskostenvollversicherung sind ausgeschlossen.
- Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schadensfall meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.
- (2) Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen. Der Versicherungsnehmer kann insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.