

Dokumente zur Versicherungspolice

Die abgeschlossene Versicherung ist auf der Versicherungspolice dokumentiert!

Die Leistungen im Überblick

MAWISTA Student

- Krankenversicherung – Tarif Comfort, Classic plus & Classic –
- Notruf-Versicherung – Tarif Comfort, Classic plus & Classic –
- Unfallversicherung – Tarif Comfort & Classic plus –
- Haftpflichtversicherung – Tarif Comfort & Classic plus –
- Gepäck- und Gepäckzusatzversicherung – Tarif Gepäck –

Wir sind für Sie da

Hilfe im Notfall

Bei **Notfällen** ist die Assistance für Sie da. Unser **24-Stunden-Notfall-Service** bietet Ihnen rund um die Uhr schnelle und fachkundige Hilfe weltweit!

Telefon: +49.89.6 24 24-496

Wichtig für Hilfe im Notfall:

- Halten Sie die genaue Anschrift und Telefonnummer Ihres derzeitigen Aufenthaltsorts bereit.
- Notieren Sie sich die Namen Ihrer Ansprechpartner wie z. B. Arzt, Krankenhaus, Polizei.
- Schildern Sie möglichst genau den Sachverhalt und halten Sie alle notwendigen Angaben bereit.

Schadenmeldung

Schnell, bequem und rund um die Uhr melden Sie uns Ihren Schaden unter:

www.mawista.com/schaden-melden

(alternativ auch per Post an unsere Schadenabteilung).

AWP P&C S.A.

Niederlassung für Deutschland

Schadenabteilung MAWISTA

Bahnhofstraße 16

D - 85609 Aschheim (bei München)

Telefon: +49.89.6 24 24-0

Telefax: +49.89.6 24 24-222

Allgemeine Hinweise für den Schadenfall

Was ist in jedem Schadenfall zu tun?

Der Versicherte hat den Schaden möglichst gering zu halten und nachzuweisen. Sichern Sie deshalb in jedem Fall bitte geeignete Nachweise zum Schadeneintritt (z. B. Schadenbestätigung, Attest) und zum Umfang des Schadens (z. B. Rechnungen, Belege).

Wie verhalten Sie sich bei Krankheit, Verletzung oder anderen Notfällen während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich? (Krankenversicherung, Notruf-Versicherung)

Wenden Sie sich bei schweren Verletzungen oder Krankheiten, insbesondere vor Klinikaufenthalten, bitte unverzüglich an die Assistance, damit adäquate Behandlung sichergestellt und notfalls der Rücktransport veranlasst werden kann. Für die Erstattung Ihrer vor Ort verauslagten Kosten reichen Sie bitte **Originalrechnungen und / oder -rezepte** ein.

Wichtig: Aus den Rechnungen müssen der Name der behandelten Person, die Bezeichnung der Erkrankung, die Behandlungsdaten und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit den entsprechenden Kosten hervorgehen. Rezepte müssen Angaben über die verordneten Medikamente, die Preise und den Stempel der Apotheke enthalten.

Woran sollten Sie bei Ansprüchen aus der Unfallversicherung oder Haftpflichtversicherung denken?

Notieren Sie sich bitte Namen und Anschriften von Zeugen, die das Schadeneignis beobachtet haben. Lassen Sie sich eine Kopie des Polizeiprotokolls aushändigen, falls die Polizei zu Ermittlungen eingeschaltet wurde. Informieren Sie AWP und reichen Sie diese Unterlagen und Informationen mit Ihrer Schadenmeldung ein.

Woran müssen Sie denken, wenn Ihr Gepäck beschädigt oder gestohlen wird? (Gepäckversicherung, Gepäckzusatzversicherung)

Wenn Ihr Gepäck beim Transport beschädigt wird oder abhanden kommt, melden Sie dies bitte unverzüglich dem Beförderungsunternehmen. Stellen Sie den Schaden erst später (etwa beim Auspacken) fest, müssen Sie dies dem Beförderungsunternehmen innerhalb von sieben Tagen nach der Annahme schriftlich nachmelden.

Wichtig: Die Fluggesellschaften und die Bahn stellen Schadenbestätigungen aus, die Sie bei Allianz Worldwide Partners einreichen müssen. Bei **Diebstahl** und anderen Straftaten erstatten Sie bitte unverzüglich eine **Anzeige** bei der nächsten erreichbaren **Polizeidienststelle**. Lassen Sie sich eine **Durchschrift des Polizeiprotokolls** oder zumindest eine **Bestätigung über die Anzeigenerstattung** geben.

Inhaltsverzeichnis

Produkt- und Verbraucherinformationen	2
Versicherungsbedingungen	3
Allgemeine Bestimmungen	3
Krankenversicherung	3
Notruf-Versicherung	4
Unfallversicherung	4
Haftpflichtversicherung	5
Gepäckversicherung	5
Gepäckzusatzversicherung	6
MAWISTA Student – Versicherungsleistungen auf einen Blick / Tariftabelle	7
Erklärungen und Hinweis zur Datenverarbeitung	9

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise

Geltungsbereich: siehe Produkt- und Informationsblatt sowie §2 VB AB 14 MS U

Maximale Versicherungsdauer: Die Versicherungen gelten für den vereinbarten Zeitraum, maximal sind 48 Monate möglich.

Versicherungsfähige Personen: Versicherungsfähig sind Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten, Doktoranden, Gastwissenschaftler oder Praktikanten oder deren Familienangehörige, Teilnehmer an „Work- & Holiday-Programmen“ sowie unter besonderen Voraussetzungen Arbeitssuchende im Anschluss an ein erfolgreich abgeschlossenes Studium für maximal 12 Monate bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres bei Versicherungsbeginn. (Für Personen über dem 40. und bis zum 55. Lebensjahr gelten besondere Prämien.)

Abschlusshinweise: Der Vertrag kann jederzeit zum 1. eines Monats abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungspolice bezeichneten Datum, jedoch nicht vor Antragstellung, Grenzübertritt und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.

Versicherungsschutz besteht nur für die namentlich auf der Versicherungspolice aufgeführte Person. Die Prämie ist erstmalig mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig und monatlich im Voraus zu zahlen. Die Prämienzahlung kann per Überweisung, Lastschrift oder Kreditkarte erfolgen. Bei Zahlung im Lastschriftverfahren oder mit Kreditkarte ist die Zahlung erfolgt, wenn zum Zeitpunkt des Prämieinzugs Deckung auf dem vom Versicherungsnehmer genannten Konto besteht. Die Höhe der Prämie richtet sich in der Regel nach dem ausgewählten Versicherungsschutz und der Laufzeit des Vertrages.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die einmalige oder erste Prämie nicht bezahlt ist, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen werden von AWP P&C S.A. (Allianz Worldwide Partners) nach Maßgabe der nachstehenden Versicherungsbedingungen geboten. Mündliche Vereinbarungen sind unwirksam. Die Versicherungssteuer ist in den Prämien enthalten. Gebühren werden nicht erhoben. Maßgebend für den Versicherungsumfang sind die in der Versicherungspolice dokumentierten Prämien und Leistungsbeschreibungen.



Olaf Nink, Hauptbevollmächtigter

Allianz Worldwide Partners
AWP P&C S.A.
Niederlassung für Deutschland
Bahnhofstraße 16
D - 85609 Aschheim (bei München)

Hauptbevollmächtigter: Olaf Nink
Registergericht: München HRB 4605
USt.-IdNr.: DE 129274528
VersSt.-Nr.: 9116 80200191

AWP P&C S.A.
Aktiengesellschaft französischer Rechts
Sitz der Gesellschaft: Saint-Ouen (Frankreich)
Handelsregister: R.C.S. Bobigny 519 490 080
Vorstand: Rémi Grenier (Vorsitzender), Ulrich Delius, Fabio de Ferrari,
Anh Tran Hong, Claudius Leibfritz, Sylvie Ouziel, Lidia Luka-Lognoné

Produkt- und Verbraucherinformationen

Diese Informationen sollen Ihnen in knapper Form einen Überblick über unsere Versicherungsprodukte verschaffen. Beschrieben sind nur die wesentlichen Inhalte. Die für Sie abgeschlossenen Versicherungsprodukte entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein, den Sie von Ihrem Vermittler erhalten. Der Versicherungsschutz einschließlich Versicherungssummen und Selbstbehalt-Regelungen ist abschließend dargestellt in den Versicherungsbedingungen.

Krankenversicherung

Erstattet die Kosten für notwendige ärztliche Hilfe bei Krankheiten und Unfallverletzungen, die im vereinbarten Geltungsbereich während des versicherten Zeitraumes akut eintreten:

- Medikamente, Arzt- und Krankenhauskosten;
- Krankenrücktransport, notfalls auch Rettungsflug, sofern medizinisch sinnvoll oder die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung 14 Tage übersteigt;
- Schwangerschaft, wenn die Schwangerschaft (Empfängnis) nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und nach Ablauf einer Wartezeit von acht Monaten;
- Überführungskosten bei Tod, wahlweise die unmittelbaren Kosten der Bestattung vor Ort bis maximal zur Höhe der Überführungskosten.

Kein Versicherungsschutz besteht u. a. für

- Leistungen im Heimatland der versicherten Person.
- Ausnahme im Tarif Comfort: Aufenthalte in Deutschland sind für versicherte Personen mit Heimatland Deutschland bis zu einer Dauer von sechs Wochen pro Versicherungsjahr bei einer Unterbrechung des versicherten Auslandsaufenthalts mitversichert.
- Heilbehandlungen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor dem Versicherungsbeginn im vereinbarten Geltungsbereich bekannt war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste.
- für Honorare und Gebühren, die den in dem betreffenden Land als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang übersteigen sowie Wahlleistungen wie z.B. Einbettzimmer oder Chefarztbehandlung. Die Erstattung kann ggf. auf die landesüblichen Sätze gekürzt werden.
- Weitere Ausschlüsse in §§ 4 VB K AWP 14 MS U, 5 VB AB AWP 14 MS U.

Bitte wenden Sie sich bei schweren Verletzungen oder Krankheiten, insbesondere vor Klinikaufenthalten unverzüglich an die Assistance, damit die adäquate Behandlung sichergestellt und notfalls der Rücktransport veranlasst werden kann.

Notruf-Versicherung

Bietet weltweite Soforthilfe bei Notfällen im vereinbarten Geltungsbereich: Bei Krankheit oder Unfall steht unter einer zentralen Rufnummer die Assistance 24 Stunden täglich zur Seite.

Notfall-Nummer:

Telefon +49 (0) 89 6 24 24 – 4 96

Telefax +49 (0) 89 6 24 24 – 2 46

Unfallversicherung

(nur Tarif Comfort und Classic plus)

Führt ein Unfall im vereinbarten Geltungsbereich zu dauernder Invalidität oder zum Tod der versicherten Person, zahlt der Versicherer eine Entschädigung, bei Tod € 10.000,-, bei Invalidität bis € 40.000,-, bei Vollinvalidität bis € 140.000,-.

Kein Versicherungsschutz besteht u. a. für Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen oder Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräte); zu weiteren Ausschlüssen vgl. §§ 2 VB U AWP 14 MS U, 5 VB AB AWP 14 MS U.

An der Gesundheitsschädigung mitwirkende Vorerkrankungen führen ggf. zu Einschränkungen in der Versicherungsleistung, § 5 Nr. 1 VB U AWP 14 MS U.

Im Rahmen der Zahlung der Versicherungsleistungen wegen dauernder Invalidität sind die besonderen Fristen für die Geltendmachung zu berücksichtigen, § 7 VB U AWP 14 MS U.

Haftpflichtversicherung

(nur Tarif Comfort und Classic plus)

Der Versicherer bietet im vereinbarten Geltungsbereich Versicherungsschutz gegen gesetzliche Schadenersatzansprüche Dritter wegen Personen- und Sachschäden bis zu € 1 Mio.

Kein Versicherungsschutz besteht u. a. für Schäden, die aus der Benutzung motorgetriebener Fahrzeuge oder aus der Ausübung der Jagd entstehen, sowie grundsätzlich an Gegenständen, die in Obhut genommen wurden (Ausnahme: gemietete Räume). Kein Versicherungsschutz besteht auch für Haftpflichtschäden aus beruflicher Tätigkeit, § 3 VB H AWP 14 MS U.

Bitte melden Sie den Versicherungsfall unverzüglich schriftlich beim Versicherer und beachten Sie alle Obliegenheiten in § 4 VB H AWP 14 MS U. Werden die Obliegenheiten nicht beachtet, kommt eine Kürzung der Leistung / Verlust der Leistung in Betracht, vgl. hierzu § 9 VB AB AWP 14 MS U.

Gepäckversicherung

(nur Tarif Gepäck)

Die Gepäckversicherung ersetzt im vereinbarten Geltungsbereich

- den Zeitwert des mitgeführten Gepäcks bei Beschädigung oder Abhandenkommen durch Diebstahl oder Raub, durch ein Elementarereignis sowie durch Unfälle, bei denen die versicherte Person eine schwere Verletzung erleidet oder das Transportmittel zu Schaden kommt, bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme in Höhe von € 2.000,-;
- den Zeitwert des aufgegebenen Gepäcks bei Beschädigung oder Abhandenkommen, bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme in Höhe von € 2.000,-;
- die nachgewiesenen Aufwendungen zur Wiedererlangung des Gepäcks;
- oder für notwendige Ersatzbeschaffungen zur Fortsetzung des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich mit max. € 150,- pro Person, wenn aufgegebenes Gepäck nicht am selben Tag eintrifft.

Eingeschränkter Versicherungsschutz besteht u. a. für Video- und Fotoapparate (Ausnahme: Gepäckzusatzversicherung) sowie Schmuck und Kostbarkeiten, Brillen, Mobiltelefone u. ä., § 3 VB G AWP 14 MS U.

Kein Versicherungsschutz besteht u. a. für EDV-Geräte (Ausnahme: Gepäckzusatzversicherung), Geld, Fahrkarten u. ä., sowie Schmuck und Kostbarkeiten im aufgegebenen Gepäck oder für das vorsätzliche Herbeiführen des Versicherungsfalles, bei grob fahrlässigem Herbeiführen des Versicherungsfalles ist der Versicherer berechtigt, die Leistungen entsprechend der Schwere des Verschuldens zu kürzen, vgl. § 3 VB G AWP 14 MS U.

Wenn Ihr Gepäck beim Transport beschädigt wird oder abhandenkommt, melden Sie dies bitte unverzüglich dem Beförderungsunternehmen und lassen Sie sich eine schriftliche Schadenbestätigung geben. Bei Diebstahl und anderen Straftaten erstatten Sie bitte unverzüglich eine Anzeige bei der nächsten Polizeidienststelle und lassen sich eine Durchschrift des Polizeiprotokolls oder zumindest eine Bestätigung über die Anzeigenerstattung geben.

Bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten kommt eine Kürzung der Leistung / Verlust der Leistung in Betracht, vgl. hierzu § 9 VB AB AWP 14 MS U.

Verlust des Versicherungsschutzes bei arglistigen unwahren Angaben aus Anlass des Schadenfalles, § 5 Nr. 3, 2 VB G AWP 14 MS U, § 9 VB AB AWP 14 MS U.

Selbstbehalt: € 25,- je Schadenfall

Allgemein gültig für alle MAWISTA

Student-Versicherungsprodukte

Kein Versicherungsschutz besteht ggf. u. a. für:

- Schäden in Gebieten, für welche das Auswärtige Amt eine Reiseverwarnung ausgesprochen hat;
 - Schäden durch Krieg oder kriegsähnliche Ereignisse;
 - Schäden, welche die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt.
- Näheres hierzu sowie weitere Ausschlüsse entnehmen Sie bitte § 5 VB AB AWP 14 MS U in den Versicherungsbedingungen.

Versicherungsfähigkeit (§ 1 VB AB AWP 14 MS U):

Versicherungsfähig sind Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten, Doktoranden, Gastwissenschaftler oder Praktikanten oder deren Familienangehörige, Teilnehmer an „Work- & Holiday-Programmen“ sowie unter besonderen Voraussetzungen Arbeitssuchende im Anschluss an ein erfolgreich abgeschlossenes Studium für maximal zwölf Monate bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres bei Versicherungsbeginn. (Für Personen über dem 40. und bis zum 55. Lebensjahr gelten besondere Prämien.)

Vereinbarter Geltungsbereich (§ 2 VB AB AWP 14 MS U):

Der Versicherungsschutz gilt für versicherte Personen

- mit Heimatland Deutschland für den vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Deutschlands. Für den Aufenthalt in Deutschland besteht kein Versicherungsschutz. Im Rahmen des Tarifs Comfort besteht Versicherungsschutz bei einer Unterbrechung des versicherten Auslandsaufenthalts auch in Deutschland bis zu einer Dauer von sechs Wochen pro Versicherungsjahr;
- mit befristetem Aufenthaltstitel für Deutschland oder mit Heimatland außerhalb Deutschlands für den vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland, der EU sowie der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island. Im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz.

Heimatland ist das Land, in welchem die versicherte Person in den letzten fünf Jahren vor Beantragung des Versicherungsschutzes für mindestens drei Jahre ihren ständigen Hauptwohnsitz hatte. Bestand kein solcher Wohnsitz, so ist Heimatland jenes Land, in welchem die versicherte Person insgesamt, d. h. auch vor der 5-Jahres-Frist, über den längsten Zeitraum ihren ständigen Hauptwohnsitz hatte.

Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen

(§ 9 Nr. 1 u. 2 VB AB AWP 14 MS U):

1. Wird eine Obliegenheit vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; bei grob fahrlässiger Verletzung ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

2. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat die versicherte Person zu beweisen. Außer im Falle der Arglist ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Beschwerdehinweis:

Unser Ziel ist es, erstklassige Leistungen zu bieten. Ebenso ist es uns wichtig, auf Ihre Anliegen einzugehen. Sollten Sie einmal mit unseren Produkten oder unserem Service nicht zufrieden sein, teilen Sie uns dies bitte direkt mit.

Sie können uns Ihre Beschwerden zu Vertrags- oder Schadenfragen auf jedem Kommunikationsweg zukommen lassen. Telefonisch erreichen Sie uns unter +49.89.6 24 24-460, schriftlich per E-Mail an service@allianz-assistance.de bzw. per Post an AWP P&C S.A., Beschwerdemanagement, Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim (bei München). Nähere Informationen zu unserem Beschwerdeprozess finden Sie unter www.allianz-reiseversicherung.de/beschwerde.

Darüber hinaus können Sie sich für Beschwerden aus allen Versicherungsparten an die zuständige Aufsichtsbehörde Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, D - 53117 Bonn, wenden (www.bafin.de).

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Klagen aus dem Versicherungsvertrag können vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person bei dem Gericht des Geschäftssitzes oder der Niederlassung des Versicherers erhoben werden. Ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine natürliche Person, so können Klagen auch vor dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Datenschutz:

Entsprechend der Regeln des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) informieren wir Sie darüber, dass im Schadenfall Daten zu Ihrer Person erhoben bzw. verarbeitet werden, die zur Erfüllung des Versicherungsvertrages notwendig sind. Zur Prüfung des Antrages oder des Schadens werden ggf. Anfragen an andere Versicherer gerichtet und Anfragen anderer Versicherer beantwortet. Außerdem werden Daten an den Rückversicherer übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten sowie Weiterleitung von Daten an andere Stellen: Bei Vertragsabschluss wurden die für die Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages notwendigen Einwilligungserklärungen abgegeben. Erklärungen und Hinweis zur Datenverarbeitung finden Sie im Anschluss an die Bedingungen.

Widerrufsrecht für Verträge mit einer Laufzeit von einem Monat oder mehr:

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. Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr (§ 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) beginnt die Frist jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: AWP P&C S.A., Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim (bei München), Telefax + 49.89.6 24 24-244, E-Mail: service@allianz-assistance.de

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 den anteilig nach Tagen berechneten Betrag. 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.

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.

Ihre AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland

Bedingungen der AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland

AWP wird als Kurzform von Allianz Worldwide Partners verwendet und im Folgenden „der Versicherer“ genannt.

Allgemeine Bestimmungen zum Versicherungsschutz MAWISTA Student (kurz: VB AB AWP 14 MS U)

Die nachstehenden Regelungen unter §§ 1 bis 11 gelten für alle MAWISTA Student Versicherungsprodukte. Die nachfolgend abgedruckten Versicherungsbedingungen gelten für die jeweilige Versicherung. Versicherungsschutz besteht, wenn Sie die betreffende Versicherung vertraglich vereinbart haben.

§ 1 Wer ist versichert?

1. Versicherte Person ist die namentlich genannte Person
 - a) als Sprachschüler, Student, Stipendiat, Doktorand, Gastwissenschaftler oder Praktikant oder als deren Familienangehörige, sowie als Teilnehmer an „Work- & Holiday-Programmen“.
 - b) als Arbeitssuchender gemäß § 2 Nr. 1b) im Anschluss an ein erfolgreich abgeschlossenes Studium im Sinne des § 16 Abs. 4 AufenthG. Der Versicherungsschutz gilt nur in Deutschland.
2. Versicherungsfähig sind Personen bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres bei Versicherungsbeginn.

§ 2 Welchen Geltungsbereich hat die Versicherung?

1. Der Versicherungsschutz gilt für versicherte Personen
 - a) mit Heimatland Deutschland für den vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Deutschlands. Für den Aufenthalt in Deutschland besteht kein Versicherungsschutz. Im Rahmen des Tarifs Comfort besteht Versicherungsschutz bei einer Unterbrechung des versicherten Auslandsaufenthalts auch in Deutschland bis zu einer Dauer von sechs Wochen pro Versicherungsjahr;
 - b) mit befristetem Aufenthaltstitel für Deutschland oder mit Heimatland außerhalb Deutschlands für den vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland, der EU sowie der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island. Im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz.
2. Heimatland ist das Land, in welchem die versicherte Person in den letzten fünf Jahren vor Beantragung des Versicherungsschutzes für mindestens drei Jahre ihren ständigen Hauptwohnsitz hatte. Bestand kein solcher Wohnsitz, so ist Heimatland jenes Land, in welchem die versicherte Person insgesamt, d. h. auch vor der 5-Jahres-Frist, über den längsten Zeitraum ihren ständigen Hauptwohnsitz hatte.

§ 3 Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

Der Versicherungsschutz

1. beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Antragsstellung, nicht vor Grenzübertritt und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten. Wartezeiten rechnen ab Versicherungsbeginn;
2. endet mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit der Beendigung des versicherten Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich oder dem vereinbarten Zeitpunkt.
3. kann auf Antrag vor Ablauf der ursprünglichen Vertragslaufzeit bis zu insgesamt max. 48 Monaten verlängert werden. Für Personen mit befristetem Aufenthaltstitel in Deutschland darf unter Berücksichtigung von gleichartigen Versicherungsverträgen mit anderen Versicherern eine maximale Laufzeit von 60 Monaten nicht überschritten werden. Im Falle einer Verlängerung gelten jedoch die zum Zeitpunkt des Verlängerungsantrags gültigen Prämien und Versicherungsbedingungen.

§ 4 Welche Laufzeit hat der Vertrag und wann ist die Prämie zu zahlen?

1. Der Versicherungsvertrag kann für jeweils volle Monate vereinbart werden, maximal für 48 Monate.
2. Der Versicherungsvertrag kann vom Versicherungsnehmer täglich zum Monatsende gekündigt werden.
3. Die Prämie ist erstmalig mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig und monatlich im Voraus zu zahlen. Ist die Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Bei Zahlung im Lastschriftverfahren ist die Zahlung erfolgt, wenn zum Zeitpunkt des Prämieinzugs Deckung auf dem vom Versicherungsnehmer genannten Konto besteht.
4. Bei Vertragslaufzeiten von mehr als einem Monat sind die Folgeprämien jeweils zum 1. des neuen Monats fällig. Ist eine Lastschriftzugermächtigung erteilt, wird die Prämie vom Konto des Versicherungsnehmers abgebucht, sonst ist die Prämie zu überweisen. Kann die Folgeprämie zu diesem Termin nicht abgebucht werden oder wird diese nicht bezahlt, kann der Versicherer schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Tritt nach Ablauf der Frist ein Schadenfall ein und ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der Folgeprämie noch in Verzug, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Der Versicherer kann den Vertrag fristlos kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist noch mit der Zahlung in Verzug ist. Wird die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder dem Ablauf der Zahlungsfrist nachgeholt, entfällt die Wirkung der Kündigung und der Vertrag tritt wieder in Kraft. Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

§ 5 In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

Nicht versichert sind

1. Schäden durch Streik, Kernenergie, Beschlagnahme und sonstige Eingriffe von hoher Hand sowie Schäden in Gebieten, für welche das Auswärtige Amt eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Befindet sich eine versicherte Person zum Zeitpunkt der Bekanntgabe einer Reisewarnung vor Ort, endet der Versicherungsschutz 14 Tage nach Bekanntgabe der Reisewarnung; der Versicherungsschutz dauert trotz der Reisewarnung fort, wenn sich die Beendigung der Reise aus Gründen verzögert, welche die versicherte Person nicht zu vertreten hat;
2. Schäden durch Krieg oder kriegsähnliche Ereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Schaden sich in den ersten 14 Tagen nach Beginn der Ereignisse ereignet; der Versicherungsschutz dauert jedoch fort, wenn sich die Beendigung der Reise aus Gründen verzögert, welche die versicherte Person nicht zu vertreten hat. Dies gilt nicht bei Aufenthalten in Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder der Ausbruch vorhersehbar war. Schäden durch die aktive Teilnahme an Krieg, an Bürgerkrieg oder an kriegsähnlichen Ereignissen sind nicht versichert.
3. Schäden, welche die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt.

§ 6 Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

Die versicherte Person ist verpflichtet,

1. den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden;
2. den Schaden unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen;
3. dem Versicherer jede sachdienliche Auskunft wahrheitsgemäß zu erteilen. Zum Nachweis hat die versicherte Person Originalrechnungen und -Belege einzureichen, gegebenenfalls die Ärzte – einschließlich der Ärzte der Assistance – von der Schweigepflicht zu entbinden und es dem Versicherer zu gestatten, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.

§ 7 Wann zahlt der Versicherer die Entschädigung?

Hat der Versicherer die Leistungspflicht dem Grund und der Höhe nach festgestellt, wird die Entschädigung innerhalb von zwei Wochen ausgezahlt.

§ 8 Was gilt, wenn die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte hat?

1. Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf den Versicherer über, soweit der versicherten Person daraus kein Nachteil entsteht.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, in diesem Rahmen den Rechtsübergang auf Wunsch des Versicherers schriftlich zu bestätigen.
3. Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen sowie der Sozialversicherungsträger gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer tritt in Vorleistung, sofern er unter Vorlage von Original-Belegen zunächst in Anspruch genommen wird.

§ 9 Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Versicherungsleistung durch Obliegenheitsverletzung und Verjährung?

1. Wird eine Obliegenheit vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; bei grob fahrlässiger Verletzung ist er berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
2. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat die versicherte Person zu beweisen. Außer im Falle der Arglist ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.
3. Der Anspruch auf Versicherungsleistung verjährt in drei Jahren, gerechnet ab Ende des Jahres, in welchem der Anspruch entstanden ist und die versicherte Person von den Umständen zur Geltendmachung des Anspruchs Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte Kenntnis erlangen müssen.

§ 10 Welche Form gilt für die Abgabe von Willenserklärungen?

1. Anzeigen und Willenserklärungen der versicherten Person und des Versicherers bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail).
2. Versicherungsvermittler sind mit der Entgegennahme und Weiterleitung von Erklärungen an den Versicherer beauftragt.

§ 11 Welches Gericht in Deutschland ist für die Geltendmachung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zuständig? Welches Recht findet Anwendung?

1. Der Gerichtsstand ist nach Wahl der versicherten Person München oder der Ort in Deutschland, an welchem die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren ständigen Wohnsitz oder ihren ständigen Aufenthalt hat.
2. Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

Versicherungsbedingungen zur Krankenversicherung

– Tarif Comfort, Classic plus & Classic –

MAWISTA Student

(kurz: VB K AWP 14 MS U)

§ 1 Was ist versichert?

1. Versichert sind die Kosten
 - a) der Heilbehandlung
 - b) des Krankentransports
 - c) der Überführung bei Todbei im vereinbarten Geltungsbereich und versicherten Zeitraum akut eintretenden Krankheiten und Unfällen.
2. Für die Kosten der ärztlichen Behandlung der Schwangerschaft und Entbindung besteht nur dann im vereinbarten Geltungsbereich Versicherungsschutz, wenn die Schwangerschaft (Empfängnis) nach Versicherungsbeginn eingetreten ist sowie nach Ablauf einer Wartezeit von acht Monaten. Ungeachtet des Zeitpunktes des Eintrittes der Schwangerschaft und der Wartezeit erstattet der Versicherer die Kosten der ärztlichen Heilbehandlung bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehl- und Frühgeburten.
3. Pauschaler Spensersatz bei stationärer Unterbringung
Werden die Kosten bei medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung im vereinbarten Geltungsbereich von einer dritten Stelle getragen, so zahlt der Versicherer einen pauschalen Spensersatz (Telefon, TV, zusätzliche Verpflegung auch der Besucher etc.) in Höhe von maximal € 30,- je Tag, höchstens bis zu 45 Tagen ab Beginn der stationären Behandlung.

§ 2 Welche Kosten werden bei Heilbehandlung erstattet?

1. Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für im vereinbarten Geltungsbereich notwendige ärztliche Hilfe. Dazu gehören die Kosten für
 - a) ambulante Behandlung durch einen Arzt;
 - b) Heilbehandlungen und Arzneimittel, die der versicherten Person ärztlich verordnet wurden;
 - c) stationäre Behandlung im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbarer Operationen. Bei einer Frühgeburt werden (in Abweichung von § 1 VB AB AWP 14 MS U) auch die Kosten der im vereinbarten Geltungsbereich notwendigen Heilbehandlungen des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von € 100.000,- übernommen.
 - d) den medizinisch notwendigen Krankentransport zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare und geeignete Krankenhaus im vereinbarten Geltungsbereich und zurück in die Unterkunft;
 - e) schmerzstillende Zahnbehandlung und Reparaturen von Zahnprothesen und Provisoren bis € 500,- pro Versicherungsjahr (Tarif Classic) und € 1.000,- pro Versicherungsjahr (Tarif Comfort);
 - f) Zahnersatz (nach acht Monaten Wartezeit ab Versicherungsbeginn) bis zu 60 % der angefallenen Gesamtkosten, max. jedoch € 1.000,- pro Versicherungsjahr (nur Tarif Comfort);
 - g) die ärztliche Betreuung und Behandlung von Schwangerschaften, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, nach Ablauf einer Wartezeit von acht Monaten;
 - h) unfallbedingte Hilfsmittel bis € 250,- pro Versicherungsjahr (Tarif Classic) und € 1.000,- pro Versicherungsjahr (Tarif Comfort);
 - i) unfallbedingte Sehhilfen (nach drei Monaten Wartezeit ab Versicherungsbeginn) bis € 100,- pro Versicherungsjahr (nur Tarif Comfort);
 - j) ärztlich verordnete Heilmittel (z. B. Massage- und Fango-Behandlungen oder Lymphdrainagen), bis zu acht Anwendungen insgesamt je Versicherungsjahr; dies gilt auch dann, wenn mehrere Anwendungen innerhalb eines Behandlungstermins durchgeführt werden.
 - k) medizinisch notwendige, ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung.Der Versicherer leistet dabei im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Der Versicherer leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben und die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch die Leistung auf die Höhe herabsetzen, die bei der Anwendung schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
2. Der Versicherer erstattet im bedingungsgemäßen Rahmen die Kosten über die vereinbarte Laufzeit des Versicherungsvertrages hinaus (Tarif Comfort 8 Wochen, Tarif Classic 6 Wochen), maximal bis zum Tag der Transportfähigkeit, sofern ein Rücktransport während der Vertragslaufzeit medizinisch nicht vertretbar war.

§ 3 Welche Kosten erstattet der Versicherer bei Krankenrücktransport und Überführung?

Der Versicherer erstattet

1. die Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort der versicherten Person im Heimatland nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Darüber hinaus werden auf Wunsch der versicherten Person die Kosten des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports erstattet, wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die weitere Krankenhausbehandlung voraussichtlich 14 Tage übersteigt.

- Unabhängig hiervon werden die Kosten des Rücktransportes ins Heimatland übernommen, wenn diese im Rahmen der voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung bleiben.
- die unmittelbaren Kosten bis zu € 25.000,- für die Überführung des verstorbenen Versicherten zur Bestattung im Heimatland, wahlweise die unmittelbaren Kosten der Bestattung vor Ort bis maximal zur Höhe der Kosten der Überführung.

§ 4 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

Kein Versicherungsschutz besteht für

- Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für den Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich sind;
- Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor dem Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste;
- Nähr- und Stärkungsmittel;
- kieferorthopädische Behandlungen, Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnprothesen und Provisorien hinausgehen; im Tarif Comfort besteht in Abweichung hierzu für Zahnersatz nach acht Monaten Wartezeit ab Versicherungsbeginn Versicherungsschutz in Höhe von bis zu 60 % der angefallenen Gesamtkosten, max. jedoch € 1.000,- pro Versicherungsjahr;
- Heilmittel (z. B. Massage- und Fango-Behandlungen sowie Lymphdrainagen), die acht Behandlungen im Versicherungsjahr übersteigen;
- die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln; für unfallbedingte Hilfsmittel besteht in Abweichung hierzu im Tarif Classic Versicherungsschutz bis € 250,- pro Versicherungsjahr, im Tarif Comfort bis € 1.000,- pro Versicherungsjahr; für unfallbedingte Sehhilfen besteht in Abweichung hierzu im Tarif Comfort nach drei Monaten Wartezeit ab Versicherungsbeginn Versicherungsschutz bis € 100,- pro Versicherungsjahr;
- Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten sowie deren Folgen;
- Behandlungen von Schwangerschaften, die bereits vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, sowie für die Behandlung von Schwangerschaften innerhalb der ersten acht Monate nach Versicherungsbeginn (Wartezeit);
- durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose;
- für Honorare und Gebühren, die den in dem betreffenden Land als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang übersteigen sowie für Wahlleistungen wie z. B. Einbettzimmer oder Chefarztbehandlung. Die Erstattung kann ggf. auf die landesüblichen Sätze gekürzt werden;
- Krankenrücktransport aus einem der unter Nr. 1, 2, 7 und 9 genannten Gründe.
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Kinder- und Jugenduntersuchungen, Zahnvorsorgeuntersuchungen und -prophylaxe, Schutzimpfungen sowie für Honorare und Gebühren für Atteste, Befunderberichte und (Arbeitsunfähigkeits-) Bescheinigungen, die nicht vom Versicherer angefordert wurden.

§ 5 Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

Die versicherte Person ist verpflichtet,

- im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus, vor Beginn umfangreicher ambulanter oder stationärer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie vor Abgabe von Zahlungsanerkennnissen unverzüglich Kontakt zur Assistance aufzunehmen – die nachgewiesenen Kosten zur Kontaktaufnahme erstattet der Versicherer bis zu € 25,-;
- ihrem Rücktransport oder der Rückführung in ihr Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit und Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 Nr. 1 VB K AWP 14 MS U zuzustimmen, wenn die Assistance den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.
- dem Versicherer die Rechnungsoriginale oder Zweitschriften mit einem Originalerstattungsstempel eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen vorzulegen; diese werden Eigentum des Versicherers.

§ 6 Welche Leistungen bietet der Versicherer versicherten Personen bei stationärer Heilbehandlung innerhalb Deutschlands?

In Deutschland werden für stationäre Heilbehandlung und Entbindung allgemeine Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) gemäß der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz erstattet; Aufwendungen für Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung) sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

§ 7 Welchen Selbstbehalt trägt die versicherte Person?

Der Selbstbehalt entfällt.

Versicherungsbedingungen zur Notruf-Versicherung

– Tarif Comfort, Classic plus & Classic –
MAWISTA Student
(kurz: VB N AWP 14 MS U)

Hinweis:

Die Assistance ist mit der Durchführung der Leistungen aus der Notruf-Versicherung beauftragt.

§ 1 Welche Dienste bietet der Versicherer?

- Der Versicherer bietet der versicherten Person während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich in nachstehend genannten Notfällen Hilfe und Beistand und trägt die entstehenden Kosten im jeweils bezeichneten Rahmen. Die Deckungsprüfung bleibt dem Versicherer vorbehalten; Dienstleistungen und Kostenübernahme-Erklärungen der Assistance sowie die Beauftragung von Leistungsträgern beinhalten grundsätzlich keine Anerkenntnis der Eintrittspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsvertrag gegenüber der versicherten Person.
- Der Versicherer hat die Assistance damit beauftragt, für die versicherte Person die nachstehend genannten Dienstleistungen im 24-Stunden-Service zu erbringen.
- Die versicherte Person hat zur Inanspruchnahme der Dienstleistungen in Notfällen unverzüglich Kontakt zur Assistance aufzunehmen.
- Soweit die versicherte Person weder vom Versicherer noch von einem anderen Kostenträger die Erstattung vorauslagter Beträge beanspruchen kann, hat die versicherte Person die Beträge innerhalb eines Monats nach Rechnungsstellung an den Versicherer zurückzuzahlen.

§ 2 Welche Hilfeleistung bietet die Assistance bei Krankheit und Unfall?

- Ambulante Behandlung**
Die Assistance informiert auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und benennt, soweit möglich, einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt. Die Assistance stellt jedoch nicht den Kontakt zum Arzt her.

2. Stationäre Behandlung

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person in einem Krankenhaus erbringt die Assistance folgende Leistungen:

a) Betreuung

Die Assistance stellt bei Bedarf über ihren Vertragsarzt Kontakt zum jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und zu den behandelnden Krankenhausärzten her; sie sorgt für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Auf Wunsch informiert die Assistance Angehörige der versicherten Person.

b) Krankenbesuche

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person organisiert die Assistance auf Wunsch die Reise für eine der versicherten Person nahestehende Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und zurück zum Wohnort im Heimatland. Der Versicherer übernimmt die Kosten der Beförderung bei lebensbedrohender Krankheit der versicherten Person oder bei stationärer Behandlungsdauer von mehr als 14 Tagen.

c) Kostenübernahme-Erklärung

Bei stationärer Krankenhausbehandlung gibt der Versicherer der versicherten Person eine Kostenübernahme-Erklärung bis zu € 15.000,-. Diese Erklärung beinhaltet keine Anerkennung der Leistungspflicht. Der Versicherer übernimmt im Namen der versicherten Person die Abrechnung mit dem zuständigen Kostenträger.

3. Krankenrücktransport

Sobald es medizinisch sinnvoll und vertretbar ist bzw. wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die voraussichtliche Dauer des Krankenaufenthalts 14 Tage übersteigt, organisiert die Assistance nach vorheriger Abstimmung des Vertragsarztes mit den behandelnden Ärzten vor Ort den Rücktransport mit medizinisch adäquaten Transportmitteln (einschließlich Ambulanz-Flugzeugen) in das dem Wohnort der versicherten Person im Heimatland nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

§ 3 Beschafft die Assistance für die versicherte Person notwendige Arzneimittel?

Die Assistance übernimmt in Abstimmung mit dem Hausarzt der versicherten Person die Beschaffung ärztlich verordneter Arzneimittel und den Versand an die versicherte Person, soweit dies möglich ist. Die Kosten der Präparate hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Reiseende an die Assistance zu erstatten.

§ 4 Welche Dienste leistet die Assistance bei Tod der versicherten Person?

Stirbt die versicherte Person während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich, organisiert die Assistance nach dem Wunsch der Angehörigen die Bestattung im vereinbarten Geltungsbereich oder die Überführung der verstorbenen Person zum Bestattungsort im Heimatland.

Versicherungsbedingungen zur Unfallversicherung

– Tarif Comfort & Classic plus –
MAWISTA Student
(kurz: VB U AWP 14 MS U)

§ 1 Was ist versichert? Was ist ein Unfall?

- Der Versicherer erbringt Versicherungsleistungen aus der vereinbarten Versicherungssumme, wenn ein Unfall während des versicherten Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich zum Tod oder zu dauernder Invalidität der versicherten Person führt.
- Ein Unfall liegt vor,
 - wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet;
 - wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung ein Gelenk verrenkt oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht kein Versicherungsschutz?

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, Schlaganfälle, Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen, sowie durch krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen; dies gilt auch, soweit der Zustand auf Alkohol- oder Drogeneinfluss zurückzuführen ist;
- Unfälle, die der versicherten Person bei vorsätzlicher Ausführung einer Straftat zustoßen;
- Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräte) sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen und andere im Einverständnis mit der versicherten Person vorgenommene Eingriffe in ihren Körper, Strahlen, Infektionen und Vergiftungen, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt;
- Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass der Unfall während des versicherten Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich die überwiegende Ursache ist;
- Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Welche Leistung erbringt der Versicherer bei Tod der versicherten Person?

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod der versicherten Person, zahlt der Versicherer € 10.000,- an die Erben.

§ 4 Welche Leistung erbringt der Versicherer bei dauernder Invalidität der versicherten Person?

Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht ein Anspruch aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe (unter Berücksichtigung der Progression gemäß Nr. 2. e)) in Höhe von bis zu maximal € 140.000,-.

- Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.
- Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität. Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität –
 - bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

eines Arms	70 %
einer Hand	55 %
eines Daumens	20 %
eines Fingers	10 %
eines Beins	70 %
eines Fußes	40 %
einer Zehe	5 %
eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	30 %
des Geruchs- oder des Geschmackssinnes	10 %
 - Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) bestimmt.
- Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
- Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach Nr. 2 a) bis c) ergeben, zusammengerechnet, höchstens bis zu einer Gesamtleistung von 100 %.
- Die Invaliditätsleistung nach Nr. 2. a) wird wie folgt erweitert: Bei einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 % erhöht sich die Entschädigungszahlung gemäß nachfolgender Tabelle:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	41	73	56	130	71	205	86	280
27	31	42	76	57	135	72	210	87	285
28	34	43	79	58	140	73	215	88	290
29	37	44	82	59	145	74	220	89	295
30	40	45	85	60	150	75	225	90	300
31	43	46	88	61	155	76	230	91	305
32	46	47	91	62	160	77	235	92	310
33	49	48	94	63	165	78	240	93	315
34	52	49	97	64	170	79	245	94	320
35	55	50	100	65	175	80	250	95	325
36	58	51	105	66	180	81	255	96	330
37	61	52	110	67	185	82	260	97	335
38	64	53	115	68	190	83	265	98	340
39	67	54	120	69	195	84	270	99	345
40	70	55	125	70	200	85	275	100	350

- 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. Dies ist nach Nr. 2 zu bemessen.
- Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder später als ein Jahr nach dem Unfall und war der Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

§ 5 Welche Einschränkungen gibt es bei der Leistung?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch den Unfall 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.

§ 6 Welche weiteren Leistungen erbringt der Versicherer nach einem Unfall?

- Bergungskosten**
Der Versicherer leistet Ersatz bis zur vereinbarten Höhe von € 5.000,- für Such-, Rettungs- und Bergungskosten, wenn die versicherte Person nach einem Unfall gerettet oder geborgen werden muss, oder wenn die versicherte Person vermisst wird und zu befürchten ist, dass ihr etwas zugestoßen ist.
- Kurbehilfe**
Der Versicherer leistet nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt von mindestens 21 Tagen eine medizinisch notwendige Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme, die im Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht und durch ein fachärztliches Attest nachzuweisen ist. Die Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Krankenbehandlung angetreten sein und eine Mindestdauer von 21 Tagen, maximal eine Dauer von 28 Tagen haben. Versichert sind dabei die Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen und Krankengymnastik) sowie die Aufwendungen für Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung bis zu einem Höchstbetrag von € 1.500,-. Der Versicherer erstattet die ggf. nach Vorleistung eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers verbleibende Kosten in Höhe von € 1.500,- maximal je versicherte Person. Die Kosten werden für jeden Unfall nur einmal erstattet.

§ 7 Was ist nach Eintritt eines Unfalls zu unternehmen (Obliegenheiten)?

- Die versicherte Person ist verpflichtet,
- sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen; die für die Untersuchung notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls trägt der Versicherer;
 - die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer und Behörden von der Schweigepflicht zu entbinden.

§ 8 Wann zahlt der Versicherer die Versicherungsleistung wegen dauernder Invalidität?

- Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen sind, ist er verpflichtet, innerhalb von drei Monaten zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.
- Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb von zwei Wochen.
- Innerhalb eines Jahres nach dem Unfall kann Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens nur bis zur Höhe der Todesfallsumme beansprucht werden.
- 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 vom Versicherer mit Abgabe der Erklärung entsprechend Nr. 1, von 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 mit 5 % jährlich zu verzinsen.

Versicherungsbedingungen zur Haftpflichtversicherung

– Tarif Comfort & Classic plus –
MAWISTA Student
(kurz: VB H AWP 14 MS U)

§ 1 Welches Risiko übernimmt der Versicherer?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens, wenn die versicherte Person während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich wegen eines Schadeneignisses, das während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich eingetreten ist, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Schadeneignisse sind Tod, Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden).

Versicherungssummen: € 1 Mio. für Personen- und Sachschäden.

§ 2 In welcher Weise schützt der Versicherer die versicherte Person vor Haftpflichtansprüchen, und in welchem Umfang leistet er Entschädigung?

- Der Versicherer prüft die Haftung, wehrt unberechtigte Ansprüche ab und ersetzt die Entschädigung, welche von der versicherten Person geschuldet ist. Der Versicherer ersetzt die Entschädigung insoweit, als er die Entschädigungspflicht anerkennt oder das Anerkenntnis der versicherten Person genehmigt. Der Versicherer zahlt ebenfalls die Entschädigung, wenn er einen Vergleich schließt oder genehmigt oder wenn eine gerichtliche Entscheidung vorliegt.
- Macht der Geschädigte oder dessen Rechtsnachfolger den Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend, führt der Versicherer den Rechtsstreit auf seine Kosten im Namen der versicherten Person.
- Wünscht oder genehmigt der Versicherer die Bestellung eines Verteidigers in einem Strafverfahren gegen die versicherte Person, das aus Anlass eines versicherten Schadeneignisses geführt wird, trägt er die Kosten des Verteidigers.
- Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, hat er für den daraus entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.
- Die in § 1 genannten Versicherungssummen bilden die Höchstgrenze für den Umfang der Leistungen des Versicherers pro Versicherungsfall; sie stellen gleichzeitig die Höchstersatzleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres dar.

§ 3 Welche Risiken sind nicht versichert?

- Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf
- Haftpflichtansprüche
 - soweit sie aufgrund vertraglicher oder sonstiger Zusage über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
 - der versicherten Personen untereinander und der ihrer Angehörigen (einschließlich Lebenspartner);
 - wegen der Übertragung einer Krankheit durch die versicherte Person;
 - wegen Schäden aus beruflicher Tätigkeit.
 - Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person
 - aus der Ausübung der Jagd;
 - wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet oder geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt oder welche sie in Obhut genommen hat. Versichert ist jedoch die Haftpflicht aus der Beschädigung von Räumen in Gebäuden während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich, insbesondere von gemieteten Ferienwohnungen und Hotelzimmern oder der Unterkunft, nicht jedoch des Mobiliars; kein Versicherungsschutz besteht für Haftpflichtansprüche wegen Verschleißes, Abnutzung oder übermäßiger Beanspruchung;
 - als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Führer eines Kraft-, Luft- oder motorgetriebenen Wasserfahrzeugs wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden.

§ 4 Was muss die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles unbedingt beachten? (Obliegenheiten)

Versicherungsfall ist das Schadeneignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.

- Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- Die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens oder der Erlass eines Strafbefehls oder eines Mahnbescheids ist dem Versicherer von der versicherten Person auch dann unverzüglich anzuzeigen, wenn der Versicherungsfall dem Versicherer bereits bekannt ist.
- Wird der Anspruch auf Entschädigung gegen die versicherte Person geltend gemacht, hat sie dies dem Versicherer innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs anzuzeigen.
- Die versicherte Person hat außerdem dem Versicherer anzuzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.
- Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisung des Versicherers nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was der Aufklärung des Schadenfalls dient. Sie hat ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadenbericht zu erstatten und alle Umstände, die mit dem Schadeneignis in Zusammenhang stehen, mitzuteilen sowie die entsprechenden Schriftstücke einzureichen.

- Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, hat die versicherte Person die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem vom Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder vom Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen gerichtliche oder staatliche Verfügungen auf Schadenersatz hat die versicherte Person, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
- Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder die Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, ist die versicherte Person verpflichtet, dieses Recht in ihrem Namen vom Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Nr. 3 bis 5 finden entsprechend Anwendung.
- Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

§ 5 Welchen Selbstbehalt trägt die versicherte Person?

Der Selbstbehalt entfällt.

Versicherungsbedingungen zur Gepäckversicherung

– Tarif Gepäck –
MAWISTA Student
(kurz: VB G AWP 14 MS U)

§ 1 Was ist versichert?

Zum versicherten Gepäck zählen alle Sachen des persönlichen Bedarfs der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich, einschließlich Geschenke.

§ 2 Wann besteht Versicherungsschutz?

- Mitgeführtes Gepäck
Der Versicherer leistet Entschädigung, wenn mitgeführtes Gepäck während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich abhandenkommt oder beschädigt wird durch
 - Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Raub, räuberische Erpressung, vorsätzliche Sachbeschädigung durch Dritte;
 - Unfälle, bei denen die versicherte Person eine schwere Verletzung erleidet oder das Transportmittel zu Schaden kommt;
 - Feuer, Explosion, Sturm, Hagel, Schneedruck, Blitzschlag, Hochwasser, Überschwemmung, Lawinen, Vulkanausbruch, Erdbeben und Erdstücht.
- Aufgegebenes Gepäck
Der Versicherer leistet Entschädigung,
 - wenn aufgegebenes Gepäck abhandenkommt oder beschädigt wird, während es sich im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens, eines Beherbergungsbetriebes oder einer Gepäckaufbewahrung befindet.
 - wenn aufgegebenes Gepäck den Bestimmungsort nicht am selben Tag wie die versicherte Person erreicht. Ersetzt werden nachgewiesene Aufwendungen zur Wiedererlangung des Gepäcks oder für notwendige Ersatzbeschaffungen zur Fortsetzung des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich mit höchstens € 150,- je versicherter Person und Versicherungsfall.

§ 3 Für welche Gegenstände besteht kein Versicherungsschutz, und welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

- Nicht versichert sind
 - EDV-Geräte und Software einschließlich des jeweiligen Zubehörs;
 - Geld, Wertpapiere, Fahrkarten und Dokumente aller Art mit Ausnahme von amtlichen Ausweisen und Visa;
 - motorgetriebene Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge samt Zubehör, Jagd- und Sportwaffen samt Zubehör;
 - Video-, Film- und Fotoapparate einschließlich Zubehör sowie Schmucksachen und Kostbarkeiten als aufgegebenes Gepäck;
 - Sportgeräte, soweit sie sich in bestimmungsgemäßem Gebrauch befinden;
 - Vermögensfolgeschäden.
- Kein Versicherungsschutz besteht
 - für Schäden durch Vergessen, Liegen-, Hängen-, Stehenlassen oder Verlieren;
 - wenn die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat.
- Einschränkungen des Versicherungsschutzes
 - Als mitgeführtes Gepäck sind Video-, Film- und Fotoapparate einschließlich Zubehör sowie Schmucksachen und Kostbarkeiten bis insgesamt 50 % der Versicherungssumme versichert.
 - Schmucksachen und Kostbarkeiten sind nur dann versichert, wenn sie in einem ortsfesten, verschlossenen Behältnis (z. B. Safe) eingeschlossen oder im persönlichen Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt werden.
 - Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Zahnspangen und Prothesen sowie Mobiltelefone jeweils samt Zubehör sind bis zu € 250,- versichert.
 - Geschenke sind insgesamt bis zu 10 % der Versicherungssumme versichert, höchstens bis zu € 300,-.
 - Versicherungsschutz für Schäden am Gepäck während des Zeltens und Campings besteht nur auf offiziell eingerichteten Campingplätzen.

f) Führt die versicherte Person den Versicherungsfall grob fahrlässig herbei, ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen.

4. Gepäck im abgestellten Kraftfahrzeug

Versicherungsschutz bei Diebstahl von Gepäck während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich aus einem abgestellten Kraftfahrzeug und aus daran angebrachten, mit Verschluss gesicherten Behältnissen oder Dach- oder Heckträgern besteht nur, wenn das Kraftfahrzeug bzw. die Behältnisse oder die Dach- oder Heckträger durch Verschluss gesichert sind und der Schaden zwischen 6.00 Uhr und 22.00 Uhr eintritt. Bei Fahrtunterbrechungen, die nicht länger als jeweils zwei Stunden dauern, besteht auch nachts Versicherungsschutz.

§ 4 In welcher Höhe leistet der Versicherer Entschädigung?

1. Im Versicherungsfall erstattet der Versicherer bis zur Höhe der Versicherungssumme von € 2.000,- pro Versicherungsjahr für
 - a) abhandengekommene oder zerstörte Sachen den Zeitwert. Der Zeitwert ist jener Betrag, der allgemein erforderlich ist, um neue Sachen gleicher Art und Güte anzuschaffen, abzüglich eines dem Zustand der versicherten Sache (Alter, Abnutzung, Gebrauch etc.) entsprechenden Betrages;
 - b) beschädigte Sachen die notwendigen Reparaturkosten und ggf. eine verbleibende Wertminderung, höchstens jedoch den Zeitwert;
 - c) Filme, Bild-, Ton- und Datenträger den Materialwert;
 - d) amtliche Ausweise und Visa die amtlichen Gebühren der Wiederbeschaffung.
2. Die Unterversicherung wird nicht in Anrechnung gebracht.

§ 5 Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt beachten (Obliegenheiten)?

1. Die versicherte Person ist verpflichtet, Schäden durch strafbare Handlungen unverzüglich der nächst zuständigen oder nächst erreichbaren Polizeidienststelle unter Einreichung einer Liste aller in Verlust geratenen Sachen anzuzeigen und sich dies bestätigen zu lassen. Dem Versicherer ist hierüber eine Bescheinigung einzureichen.
2. Schäden an aufgegebenem Gepäck sind dem Beförderungsunternehmen, dem Beherbergungsbetrieb bzw. der Gepäckaufbewahrung unverzüglich zu melden. Äußerlich nicht erkennbare Schäden sind nach der Entdeckung unverzüglich und unter Einhaltung der jeweiligen Reklamationsfrist, spätestens innerhalb von sieben Tagen nach Aushändigung des Gepäckstücks, schriftlich anzuzeigen. Dem Versicherer sind entsprechende Bescheinigungen vorzulegen.
3. Die versicherte Person verliert den Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn sie aus Anlass des Schadenfalles, insbesondere in der Schadenanzeige, arglistig unwahre Angaben macht, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

§ 6 Welchen Selbstbehalt trägt die versicherte Person?

Die versicherte Person trägt bei Schäden am Gepäck, außer bei Schäden am aufgegebenen Gepäck, einen Selbstbehalt in Höhe von € 25,- je Schadenfall.

Versicherungsbedingungen zur Gepäckzusatzversicherung

– Tarif Gepäck –
MAWISTA Student
(kurz: VB GZ AWP 14 MS U)

Abweichend von § 3 Nr. 1 a), 4 VB G AWP 14 MS U besteht Versicherungsschutz für Laptops bis zur Höhe von € 1.000,- pro Versicherungsjahr.

In Ergänzung zu § 3, Nr. 3 a) VB G AWP 14 MS U wird die Versicherungssumme für Video-, Film- und Fotoapparate jeweils mit Zubehör um € 1.000,- aufgestockt.

§ 6 VB G AWP 14 MS U gilt mit der Maßgabe, dass die versicherte Person einen Selbstbehalt von € 50,- je Schadenfall trägt.

MAWISTA Student – Versicherungsleistungen auf einen Blick / Tariftabelle

Tariftabelle	MAWISTA Student Comfort ®		MAWISTA Student Classic ® plus		MAWISTA Student Classic ®	
Allgemeine Bestimmungen						
§ 2, Nr. 1a) Versicherungsschutz für Deutsche in Deutschland bei einer Unterbrechung des Auslandsaufenthalts	bis zu 6 Wochen je Versicherungsjahr		nicht versichert		nicht versichert	
Krankenversicherung						
§ 2, Nr. 1 Höhe der Kostenerstattung für ...						
a) ambulante Behandlung	unbegrenzt		unbegrenzt		unbegrenzt	
b) Heilbehandlungen und Arzneimittel	unbegrenzt		unbegrenzt		unbegrenzt	
c) Stationäre Behandlung	unbegrenzt		unbegrenzt		unbegrenzt	
c) Heilbehandlung eines Neugeborenen bei Frühgeburt	max. € 100.000,-		max. € 100.000,-		max. € 100.000,-	
d) Medizinisch notwendigen Krankentransport ins Krankenhaus	unbegrenzt		unbegrenzt		unbegrenzt	
e) Schmerzstillende Zahnbehandlung je Versicherungsjahr	max. € 1.000,-		max. € 500,-		max. € 500,-	
f) Zahnersatz je Versicherungsjahr	60% der Gesamtkosten, max. € 1.000,-		nicht versichert		nicht versichert	
g) Behandlung wegen Schwangerschaft nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten	unbegrenzt		unbegrenzt		unbegrenzt	
h) Unfallbedingte Hilfsmittel je Versicherungsjahr	max. € 1.000,-		max. € 250,-		max. € 250,-	
i) Unfallbedingte Sehhilfen je Versicherungsjahr	max. € 100,-		nicht versichert		nicht versichert	
j) Heilmittel (z. B. Massagen-, Fango-Behandlungen, Lymphdrainagen) je Versicherungsjahr	max. 8 Behandlungen		max. 8 Behandlungen		max. 8 Behandlungen	
k) Rehabilitationsmaßnahmen	unbegrenzt		unbegrenzt		unbegrenzt	
§ 2, Nr. 2 Nachleistung nach Ablauf des Versicherungsvertrages bei Transportunfähigkeit	max. 8 Wochen		max. 6 Wochen		max. 6 Wochen	
§ 3, Nr. 1 Krankenrücktransport ins Heimatland	Kostenerstattung für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport in das nächstgelegene Krankenhaus im Heimatland in unbegrenzter Höhe, außerdem auf Wunsch der versicherten Person bei Krankenhausbehandlungen länger als 14 Tage.					
§ 3, Nr. 2 Kostenerstattung für Überführung ins Heimatland	max. € 25.000,-		max. € 25.000,-		max. € 25.000,-	
§ 3, Nr. 2 Kostenerstattung für Bestattung vor Ort	max. bis zur Höhe der Überführungskosten		max. bis zur Höhe der Überführungskosten		max. bis zur Höhe der Überführungskosten	
§ 7 Selbstbehalt	ohne Selbstbehalt		ohne Selbstbehalt		ohne Selbstbehalt	
Notrufversicherung						
§ 1 - § 4	Bietet weltweite Soforthilfe bei Notfällen im vereinbarten Geltungsbereich					
§ 2, Nr. 2 c) Höhe der Kostenübernahmeerklärung bei stationärer Behandlung	max. € 15.000,-		max. € 15.000,-		max. € 15.000,-	
Unfallversicherung						
§ 3 Versicherungssumme für den Todesfall	€ 10.000,-		€ 10.000,-		nicht versichert	
§ 4 Versicherungssumme für den Invaliditätsfall	max. € 140.000,-		max. € 140.000,-		nicht versichert	
§ 6, Nr. 1 Bergungskosten	max. € 5.000,-		max. € 5.000,-		nicht versichert	
§ 6, Nr. 2 Kurbelhilfe	max. € 1.500,-		max. € 1.500,-		nicht versichert	
Haftpflichtversicherung						
§ 1 Versicherungssummen für Personen- und Sachschäden	max. € 1.000.000,-		max. € 1.000.000,-		nicht versichert	
Monatsprämien						
bis 40 Jahre Versicherungsdauer in Monaten	€ 58,90 1. bis 12.	€ 63,70 13. bis 48.	€ 37,20 1. bis 12.	€ 60,80 13. bis 48.	€ 33,10 1. bis 12.	€ 56,70 13. bis 48.
41 bis 55 Jahre Versicherungsdauer in Monaten	€ 119,90 1. bis 12.	€ 124,- 13. bis 48.	€ 74,90 1. bis 12.	€ 119,- 13. bis 48.	€ 69,90 1. bis 12.	€ 114,- 13. bis 48.

Gepäckversicherung		
§ 4 Versicherungssumme und max. Kostenerstattung je Versicherungsjahr	max. € 2.000,-	
§ 6 Selbstbehalt	€ 25,- je Schadenfall außer bei Schäden am angegebenen Gepäck	
Gepäckzusatzversicherung		
Versicherungssumme und max. Kostenerstattung je Versicherungsjahr	Zusätzlich - für Laptops max. € 1.000,- - für Video-, Film- und Fotoapparate max. € 1.000,-	
Selbstbehalt	€ 50,- je Schadenfall außer bei Schäden am angegebenen Gepäck	
Monatsprämien		
(altersunabhängig) Versicherungsdauer in Monaten	€ 16,90 1. bis 12.	€ 18,90 13. bis 48.

Erklärungen und Hinweis zur Datenverarbeitung

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung.

Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Das Versicherungsvertragsgesetz, das Bundesdatenschutzgesetz sowie andere Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch den Versicherer. Aus diesem Grund benötigen wir Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Im Versicherungsfall benötigen wir ggf. Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen (z. B. Ärzten) erheben zu dürfen.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages (Bearbeitung Ihres Schadenfalles) unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten durch uns selbst (unter 1.), im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.).

Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mitversicherte Personen, wie z. B. für Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass AWP P&C S.A. die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb AWP P&C S.A.

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die AWP P&C S.A. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies für die Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an AWP zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für AWP P&C S.A. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben an andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist den Erklärungen unmittelbar angefügt.¹⁾ Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz-assistance.de/datenverarbeitung eingesehen oder bei uns (AWP P&C S.A., Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim (bei München), Telefon +49.89.62424-460, service@allianz-assistance.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und deren Verwendung durch die in dieser Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass AWP P&C S.A. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie AWP P&C S.A. es tun dürfte. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter von AWP P&C S.A. sowie der beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann AWP P&C S.A. Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit der Rückversicherer kontrollieren kann, ob AWP P&C S.A. einen Versicherungsfall richtig eingeschätzt hat, ist es möglich, dass AWP P&C S.A. Ihre Schadenunterlagen dem Rückversicherer vorlegen muss.

Zur Abrechnung von Versicherungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

Ich willige ein, dass AWP P&C S.A. meine Gesundheitsdaten an Rückversicherer übermittelt, soweit dies für die Geltendmachung gesetzlicher Erstattungsansprüche in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an AWP zurückübermittelt werden. Soweit erforderlich entbinde ich die für AWP P&C S.A. tätigen Personen und die Gutachter im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en): Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

¹⁾ Allianz Konzerngesellschaften (mit * gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und / oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Mondial Kundenservice GmbH * (Leistungsbearbeitung)
- AWP Romania SA * (Leistungsbearbeitung)
- Allianz Handwerker Services GmbH * (technische Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- Allianz Managed Operations & Services SE * (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- AWP Service Deutschland GmbH * (Assistance-Dienstleistungen)
- rehacare GmbH * Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- PCI Holdings AG (technische Dienstleistungen)
- MAWISTA GmbH (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- tricones GmbH (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
- Kranken-Rücktransporte (medizinisch sinnvoller oder notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)

II. Datenweitergabe an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte im Schadenfall dem Versicherer alle für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzuzeigen. Hierzu können auch frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen gehören. In bestimmten Fällen wie Doppelversicherungen, gesetzlichem Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen bedarf es eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Auch um den Missbrauch von Versicherungen zu verhindern, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden (Schadenart, Schadenhöhe, Schadentag).