

Dokumente zur Versicherungspolice

Die abgeschlossene Versicherung ist auf der Versicherungspolice dokumentiert!

Die Leistungen im Überblick

MAWISTA Reiscare

- **Reise-Krankenversicherung**
- **Kranken-Rücktransport**
- **Reise-Assistance**
- **Reise-Unfallversicherung**
Versicherungssummen: je Person bis zu € 140.000,- bei Invalidität, € 10.000,- bei Tod
- **Reise-Haftpflichtversicherung**
Versicherungssummen: € 1.000.000,- je Person bei Personen- und Sachschäden, € 250.000 für Mietsachschäden

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
MAWISTA Schadenabteilung
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 der Reise? (Reise-Krankenversicherung / Kranken-Rücktransport / Reise-Assistance)

Wenden Sie sich bei schweren Verletzungen oder Krankheiten, insbesondere vor Klinikaufenthalten, bitte unverzüglich an die Assistance, damit die adäquate Behandlung bzw. der Rücktransport sichergestellt 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 Reiseunfall-Versicherung oder Reisehaftpflicht-Versicherung denken?

Notieren Sie sich bitte **Namen und Anschriften von Zeugen**, die das Schadenereignis 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.

Inhaltsverzeichnis

Produkt- und Verbraucherinformationen	2
Versicherungsbedingungen	3
Allgemeine Bestimmungen	3
Reise-Krankenversicherung	3
Kranken-Rücktransport	3
Reise-Assistance	4
Reise-Unfallversicherung	4
Reise-Haftpflichtversicherung	4
Erklärungen und Hinweis zur Datenverarbeitung	6

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise

Geltungsbereich: weltweit im Ausland. Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Maximale Versicherungsdauer: Die Versicherungen gelten für den vereinbarten Zeitraum, maximal sind 365 Tage möglich.

Versicherungsfähige Personen: Versicherungsfähig sind Personen bis zu einem Alter von 80 Jahren, die keinen ständigen Wohnsitz im jeweiligen Reiseland haben. Wer diese genannten Eigenschaften nicht erfüllt, genießt keinen Versicherungsschutz, auch wenn Prämien gezahlt worden sind. Der Versicherer kann Nachweise darüber verlangen, dass die erforderlichen Eigenschaften vorliegen.

Abschlusshinweise: Die Versicherung kann jederzeit abgeschlossen werden. Wird die Versicherung nicht vor Einreise in den Geltungsbereich oder vor Ablauf eines Versicherungsvertrages mit Geltung ab Einreise als Folgeversicherung abgeschlossen, so besteht – mit Ausnahme von Unfallschäden – eine Wartezeit von 7 Tagen.

Versicherungsschutz besteht nur für die namentlich auf der Versicherungspolice aufgeführte Person. Die Prämie ist sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig und bei Aushändigung der Versicherungspolice zu zahlen. Die Prämienzahlung kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z. B. SEPA-Lastschrift oder Kreditkarte) erfolgen. Falls der Versicherer ermächtigt wurde, die Prämie dem gewählten Zahlungsmittel zu belasten, gilt die Zahlung als erfolgt, wenn zum Zeitpunkt des Prämieinzugs Deckung auf dem vom Versicherungsnehmer genannten Zahlungsmittel 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 französischen Rechts
Sitz der Gesellschaft: Saint-Ouen (Frankreich)
Handelsregister: R.C.S. Bobigny 519 490 080
Vorstand: Rémi Grenier (Vorsitzender), Dan Assouline, Fabio de Ferrari, Ulf Lange, Claudius Leibfritz, Lidia Luka-Lognoné, Mike Nelson, Sylvie Ouziel

Produkt- und Verbraucherinformationen

Dieses Informationsblatt soll Ihnen in knapper Form einen Überblick über unsere Versicherungsprodukte verschaffen. Beschrieben sind nur die wesentlichen Inhalte. Der Versicherungsschutz einschließlich Versicherungssummen und Selbstbehalt-Regelungen ist abschließend dargestellt in Ihren Dokumenten zur Versicherungspolice und den Versicherungsbedingungen.

Reise-Krankenversicherung

Erstattet die Kosten für notwendige ärztliche Hilfe bei Krankheiten und Unfallverletzungen, die während der vorübergehenden Reise im vereinbarten Geltungsbereich akut eintreten:

- Arzt- und Krankenhauskosten;
- Medikamente;
- Such-, Rettungs- und Bergungskosten bei Unfällen.

Kein Versicherungsschutz besteht

- u. a. für Heilbehandlungen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor Reiseantritt bekannt war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste. Weitere Ausschlüsse in §§ 3 AVB RK MR, 5 AVB AB MR;
- in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Kranken-Rücktransport

Der Versicherer erstattet die Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene, geeignete Krankenhaus sowie im Todesfall die Überführungskosten.

Kein Versicherungsschutz besteht u. a. für Rücktransporte aufgrund von Heilbehandlungen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor Reiseantritt bekannt war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste. Weitere Ausschlüsse in §§ 3 AVB RT MR, 5 AVB AB MR.

Bitte wenden Sie sich bei schweren Verletzungen oder Krankheiten unverzüglich an die Assistance.

Reise-Assistance

Bietet weltweite Hilfe bei Notfällen im Geltungsbereich: bei Krankheit, Unfall und Tod. Organisiert Kranken-Rücktransport mit medizinisch adäquaten Mitteln, sobald medizinisch sinnvoll und vertretbar. Unter einer zentralen Rufnummer steht die Assistance 24 Stunden täglich zur Seite.

Reise-Unfallversicherung

(nur sofern zusätzlich vereinbart)

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 AVB RU MR, 5 AVB AB MR.

An der Gesundheitsschädigung mitwirkende Vorerkrankungen führen ggf. zu Einschränkungen in der Versicherungsleistung, § 5 Nr. 1 AVB RU MR.

Im Rahmen der Zahlung der Versicherungsleistungen wegen dauernder Invalidität sind die besonderen Fristen für die Geltendmachung zu berücksichtigen, § 7 AVB RU MR.

Reise-Haftpflichtversicherung

(nur sofern zusätzlich vereinbart)

Versicherungsschutz gegen gesetzliche Schadenersatzansprüche Dritter wegen Personen- und Sachschäden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Kein Versicherungsschutz besteht u. a. für Schäden, die aus der Benutzung motorgetriebener Fahrzeuge oder aus der Ausübung der Jagd sowie als Halter oder Hüter von Tieren entstehen, sowie grundsätzlich an Gegenständen, die in Obhut genommen wurden (Ausnahme: gemietete Räume). Kein Versicherungsschutz besteht auch für Haftpflichtschäden aus beruflicher Tätigkeit, § 3 AVB RH MR.

Bitte melden Sie den Versicherungsfall unverzüglich schriftlich beim Versicherer und beachten Sie alle Obliegenheiten in § 4 AVB RH MR. Werden die Obliegenheiten nicht beachtet, kommt eine Kürzung oder der Verlust der Leistung in Betracht, vgl. hierzu § 9 AVB AB MR.

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. An Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle nehmen wir nicht teil.

Für Beschwerden aus allen Versicherungssparten können Sie sich 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 Datempfänger 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

AVB AB 17 MR

Die nachstehenden Regelungen unter §§ 1 bis 11 gelten für alle MAWISTA Reise- und Krankenversicherungsprodukte. Die daran anschließend abgedruckten Regelungen gelten für die jeweilige Versicherung. Versicherungsschutz besteht, wenn Sie die betreffende Versicherung vertraglich vereinbart haben.

§ 1 Wer ist versichert?

1. Versicherte Personen sind die namentlich genannten Personen oder der im Versicherungsnachweis beschriebene Personenkreis.
2. Versicherungsfähig sind Personen bis zu einem Alter von 80 Jahren und die keinen ständigen Wohnsitz im jeweiligen Reiseland haben. Wer diese genannten Eigenschaften nicht erfüllt, genießt keinen Versicherungsschutz, auch wenn Prämien gezahlt worden sind. Der Versicherer kann Nachweise darüber verlangen, dass die erforderlichen Eigenschaften vorliegen.

§ 2 Für welche Reise gilt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz gilt für die jeweils versicherte vorübergehende Reise ins Ausland (Geltungsbereich). Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

§ 3 Wann ist die Prämie zu zahlen?

1. Die Prämie ist sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig und bei Aushändigung der Versicherungspolice zu zahlen.
2. 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.

§ 4 Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

1. Die Versicherung kann jederzeit abgeschlossen werden. Gegebenenfalls sind jedoch Wartezeiten zu beachten, vgl. Nr. 3 b).
2. Der Versicherungsschutz gilt für den vereinbarten Zeitraum. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 365 Tage.
3. Der Versicherungsschutz beginnt
 - a) innerhalb der vereinbarten Laufzeit, frühestens mit dem Grenzübertritt in den Geltungsbereich, und endet mit der Ausreise aus dem Geltungsbereich, spätestens jedoch mit dem vereinbarten Zeitpunkt.
 - b) bei Versicherungsverträgen, die nach Einreise in den Geltungsbereich oder die nicht vor Ablauf eines Versicherungsvertrages mit Geltung ab Einreise als Folgeversicherung vereinbart werden, nach einer Wartezeit von 7 Tagen – ab 0.00 am 8. Tag – ab Versicherungsbeginn. Bei Unfall besteht Versicherungsschutz ab Versicherungsbeginn. Die versicherte Person hat den Tag der Einreise, ggf. die Vorversicherung sowie die vorübergehende Reise nachzuweisen.

§ 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 sieben Tage nach Bekanntgabe der Reisewarnung;
2. Schäden durch Krieg oder kriegsähnliche Ereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Schaden sich in den ersten sieben Tagen nach Beginn der Ereignisse ereignet. Dies gilt nicht bei Aufenthalt in Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder der Ausbruch vorhersehbar war;
3. Schäden, welche die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt;
4. Expeditionen.

§ 6 Was muss die versicherte Person im Schadensfall 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. den Tag der Einreise in geeigneter Form nachzuweisen (Kopien der Einreisedokumente, Pass / Visum sowie zur Einreise erforderlich, Fahrkarten, Flugscheine und dergleichen);
4. das Schadenereignis und den Schadenumfang darzulegen und dem Versicherer jede sachdienliche Auskunft wahrheitsgemäß zu erteilen. Zum Nachweis hat die versicherte Person Original-Rechnungen und -Belege einzureichen, gegebenenfalls die Ärzte – einschließlich der Ärzte der Assistance – von der Schweigepflicht zu entbinden Unterlagen, die den Tag der Einreise, ggf. die Vorversicherung und die vorübergehende Reise nachweisen, einzureichen 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 München.
2. Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

Reise-Krankenversicherung

AVB RK 17 MR

§ 1 Was ist versichert?

Versichert sind die Kosten der Heilbehandlung bei auf der vorübergehenden Reise im vereinbarten Geltungsbereich akut eintretenden Krankheiten und Unfällen. Versichert sind ferner die 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 bis zu € 5.000,-.

§ 2 Welche Kosten werden bei Heilbehandlung im Geltungsbereich erstattet?

1. Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für die im 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 AVB AB MR) auch die Kosten der im 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 Krankenhaus im Geltungsbereich und zurück in die Unterkunft;
 - e) medizinisch notwendige Gehstützen und Miete eines Rollstuhls;
 - f) schmerzstillende Zahnbehandlung und Reparaturen von Zahnprothesen und Provisoren bis € 250,-.
2. Der Versicherer erstattet die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit.

§ 3 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

1. Kein Versicherungsschutz besteht für
 - a) Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für die Reise sind;
 - b) Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor Versicherungsbeginn oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste;
 - c) Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnprothesen und Provisoren hinausgehen;

- d) Massage- und Wellness-Behandlungen, Fango und Lymphdrainage sowie die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln;
 - e) Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten und deren Folgen;
 - f) Entbindungen nach der 36. Schwangerschaftswoche sowie nicht medizinisch-indizierte und aufschiebbar Schwangerschaftsunterbrechungen und deren Folgen;
 - g) durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - h) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose;
 - i) Verletzungen, die durch die aktive Teilnahme an Wettkämpfen von Sportorganisationen und dem dazugehörigen Training verursacht wurden;
 - j) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder eine sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Die berechneten Honorare und Gebühren dürfen den in dem betreffenden Land als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang nicht übersteigen. Andernfalls kann der Versicherer die Erstattung auf landesübliche Sätze kürzen.

§ 4 Was muss die versicherte Person im Schadensfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

Die versicherte Person ist verpflichtet,

1. 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;
2. ihrem Rücktransport oder der Rückführung in ihr Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn die Assistance den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt;
3. dem Versicherer die Rechnungsoriginale oder Zweitschriften mit einem Originalerstattungsstempel eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen vorzulegen; diese werden Eigentum von dem Versicherer.

§ 5 Welche zusätzlichen Regelungen gelten für den Versicherungsschutz der AWP Reise-Krankenversicherung während eines Reiseaufenthalts in Deutschland?

Innerhalb Deutschlands werden ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen gem. § 2 AVB RK MR höchstens mit dem 1,8-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ oder Gebührenordnung für Zahnärzte, GOZ, vergütet; überwiegend medizinisch-technische Leistungen werden höchstens mit dem 1,3-fachen Satz vergütet, Laborleistungen höchstens mit dem 1,15-fachen Satz. Die Kosten stationärer Behandlung laut § 2 Nr. 1 und 2 AVB RK MR werden nach dem jeweils geltenden Regelsatz der gebietszuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse erstattet.

Kranken-Rücktransport

AVB RT 17 MR

§ 1 Was ist versichert?

Versichert sind die Kosten

1. des Krankentransports wegen auf der Reise akut eintretenden Krankheiten und Unfällen und
2. der Überführung bei Tod.

§ 2 Welche Kosten erstattet der Versicherer bei Kranken-Rücktransport und Überführung?

Der Versicherer erstattet

1. die Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person in das ihrem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus;
2. die unmittelbaren Kosten für die Überführung des verstorbenen Versicherten, wahlweise die unmittelbaren Kosten der Bestattung vor Ort bis maximal zur Höhe der Überführungskosten.

§ 3 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

Kein Versicherungsschutz besteht für Krankentransporte und Überführungen aufgrund von

1. Heilbehandlungen und anderen ärztlich angeordneten Maßnahmen, die ein Anlass für die Reise sind;
2. Heilbehandlungen und anderen ärztlich angeordneten Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor Reiseantritt oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste;
3. Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten und deren Folgen;
4. Entbindungen nach der 36. Schwangerschaftswoche, aufschiebbar oder nicht medizinisch-indizierte Schwangerschaftsunterbrechungen und deren Folgen;
5. Verletzungen, die durch die aktive Teilnahme an Wettkämpfen von Sportorganisationen und dem dazugehörigen Training verursacht wurden.

§ 4 Was muss die versicherte Person im Schadensfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

- Die versicherte Person ist verpflichtet,
1. bei Eintritt einer akuten schweren Erkrankung oder Unfallverletzung unverzüglich Kontakt mit der Assistance aufzunehmen und
 2. die Formalitäten und sonstigen Voraussetzungen zur Entlassung aus stationärer Behandlung und zur Ausreise zu erfüllen und
 3. dem Versicherer alle Informationen bereitzustellen, die zur Organisation und Durchführung des Rücktransports erforderlich sind.

Reise-Assistance

AVB AS 17 MR

§ 1 Welche Dienste bietet der Versicherer im Rahmen der Assistance?

1. Der Versicherer bietet der versicherten Person während der Reise 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 Anerkennung der Eintrittspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsvertrag gegenüber der versicherten Person.
2. Der Versicherer hat die Assistance damit beauftragt, für die bei ihm Versicherten die nachstehend genannten Dienstleistungen im 24-Stunden-Service zu erbringen.
3. Die versicherte Person hat zur Inanspruchnahme der Dienstleistungen in Notfällen unverzüglich Kontakt zur Assistance aufzunehmen.
4. Soweit die versicherte Person weder vom Versicherer noch von einem anderen Kostenträger die Erstattung veranschlagter 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?

1. Stationäre Behandlung / Kostenübernahme-Erklärung
Bei stationärer Krankenhausbehandlung gibt der Versicherer dem Krankenhaus eine Kostenübernahme-Erklärung bis zu € 13.000,-. Diese Erklärung beinhaltet keine Anerkennung der Leistungspflicht. Der Versicherer übernimmt im Namen der versicherten Person die Abrechnung mit dem zuständigen Kostenträger.
2. Krankenrücktransport
Sobald es medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, 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 Welche Dienste leistet die Assistance bei Tod der versicherten Person?

Stirbt die versicherte Person während der Reise, organisiert die Assistance auf Wunsch der Angehörigen die Bestattung im Geltungsbereich oder die Überführung der verstorbenen Person zum Bestattungsort.

Reise-Unfallversicherung

AVB RU 17 MR

(nur sofern zusätzlich vereinbart)

§ 1 Was ist versichert? Was ist ein Unfall?

1. 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.
2. Ein Unfall liegt vor,
 - a) wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet;
 - b) 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:

1. 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;
2. Unfälle, die der versicherten Person bei vorsätzlicher Ausführung einer Straftat zustoßen;
3. Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräte) sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
4. 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;
5. Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass der Unfall während des versicherten Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich die überwiegende Ursache ist;

6. 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,-.

1. 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.
2. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität. Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität –
 - a) 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 %
 - b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) bestimmt.
 - c) 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.
 - d) 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 %.
 - e) 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

3. 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.
4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
5. 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 Was ist nach Eintritt eines Unfalls zu unternehmen (Obliegenheiten)?

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

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

1. 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.
2. Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb von zwei Wochen.
3. Innerhalb eines Jahres nach dem Unfall kann Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens nur bis zur Höhe der Todesfallsumme beansprucht werden.
4. Die versicherte Person und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss 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.

Reise-Haftpflichtversicherung

AVB RH 17 MR

(nur sofern zusätzlich vereinbart)

§ 1 Welches Risiko übernimmt der Versicherer?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens, wenn die versicherte Person während der Reise 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).

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

1. 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.
2. Macht der Geschädigte oder dessen Rechtsnachfolger den Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend, führt der Versicherer den Rechtsstreit auf seine Kosten im Namen der versicherten Person.
3. 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.
4. 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.
5. Die in der Versicherungspolice oder den Produkt- und Verbraucherinformationen genannten Versicherungssummen bilden die Höchstgrenze für den Umfang der Leistungen des Versicherers.

§ 3 Welche Risiken sind nicht versichert?

Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf

1. Haftpflichtansprüche
 - a) soweit sie aufgrund vertraglicher oder sonstiger Zusage über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
 - b) gemeinsam reisender versicherter Personen untereinander und ihrer mitreisenden Angehörigen;
 - c) wegen der Übertragung einer Krankheit durch die versicherte Person;
 - d) wegen Schäden aus beruflicher Tätigkeit.
2. Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person
 - a) aus der Ausübung der Jagd;
 - b) 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 der Reise, insbesondere von gemieteten Ferienwohnungen und Hotelzimmern oder der Unterkunft, nicht jedoch des Mobiliars; kein Versicherungsschutz besteht für Haftpflichtansprüche wegen Verschleißes, Abnutzung oder übermäßiger Beanspruchung;
 - c) als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Führer eines Kraft-, Luft- oder motorgetriebenen Wasserfahrzeugs wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden;
 - d) als Halter und Hüter von Tieren;
 - e) für Gefahren, die mit der vorsätzlichen und widerrechtlichen Begehung einer Straftat im unmittelbaren Zusammenhang stehen.

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

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

1. Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) anzuzeigen.
2. 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.
3. 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.
4. Die versicherte Person hat außerdem dem Versicherer anzuzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.
5. 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 Schadensfalles dient. Sie hat ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadenbericht zu erstatten und alle Umstände, die mit dem Schadenereignis in Zusammenhang stehen, mitzuteilen sowie die entsprechenden Schriftstücke einzureichen.
6. 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.
7. 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.
8. Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

Erklärungen und Hinweis zur Datenverarbeitung

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

Die unter I. abgedruckten Einwilligung- 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 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 der 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 anderer 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 abzugebenden 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)
- Simplepaper Archive Management GmbH (Leistungsbearbeitung)
- Allianz Handwerker Services GmbH * (technische Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- Allianz Technology 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 (VG) 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).