

Versicherungen für Auslandsaufenthalte

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
Unternehmen: AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland

Produkt: MAWISTA Student
Comfort

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte unseres Versicherungsproduktes. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

MAWISTA Student Comfort ist ein Versicherungs-Paket und beinhaltet folgende Leistungen: Krankenversicherung, Notruf-Versicherung, Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung.



Was ist versichert?

Kranken- und Notruf-Versicherung

Welche Ereignisse sind versichert?

- ✓ Krankheit oder Unfall
- ✓ Schwangerschaft und Entbindung

Was wird ersetzt?

- ✓ Kosten für ambulante Behandlung durch einen Arzt
- ✓ Kosten ärztlich verordneter Arzneimittel und Heilbehandlungen
- ✓ Kosten für stationäre Behandlung im Krankenhaus
- ✓ Kosten für schmerzstillende Zahnbehandlung
- ✓ Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport in das Ihrem Wohnort nächstgelegene, geeignete Krankenhaus sowie im Todesfall die Überführungskosten
- ✓ Kosten für Zahnersatz (nach einer Wartezeit von acht Monaten)
- ✓ Kosten für unfallbedingte Sehhilfen (nach einer Wartezeit von drei Monaten)
- ✓ Kosten für Impfungen

Im Rahmen der Notruf-Versicherung: Hilfe bei persönlichen Notfällen (Krankheit, Unfall und Tod) und Organisation des Kranken-Rücktransports mit medizinisch adäquaten Mitteln, sobald dies medizinisch sinnvoll und vertretbar ist

Selbstbeteiligung: 10 % je versicherter Leistung bei ambulanter Behandlung und bei Zahnbehandlungen, max. € 250,- pro Kalenderjahr; bei Aufenthalt außerhalb Deutschlands: 20 % der Kosten, wenn ein medizinisch vertretbarer Krankenrücktransport nach Deutschland abgelehnt wird

Unfallversicherung

- ✓ Leistet Entschädigung, wenn ein versicherter Unfall zu dauernder Invalidität oder zum Tod der versicherten Person führt.

Versicherungssummen: € 10.000,- bei Tod, bis € 40.000,- bei Invalidität, € 140.000,- bei Vollinvalidität und bis € 5.000,- für Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach einem Unfall

Haftpflichtversicherung

- ✓ Bietet Versicherungsschutz, wenn Dritte wegen eines Schadenereignisses, das Sie verursacht haben, Schadenersatzansprüche geltend machen

Versicherungssummen: € 1.000.000,- je Person bei Personen- und Sachschäden, € 250.000,- für Mietsachschäden, € 2.000,- bei Abhandenkommen von fremden privaten Wohnungsschlüsseln

Selbstbeteiligung: bei Abhandenkommen von Wohnungsschlüsseln € 100,- je Schadenfall



Was ist nicht versichert?

Kranken- und Notruf-Versicherung

- x Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für den Aufenthalt sind oder deren Notwendigkeit Ihnen vor Antritt oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt war oder mit denen Sie nach den Ihnen bekannten Umständen rechnen mussten
- x Behandlungen von Schwangerschaften, die bereits vor Versicherungsbeginn eingetreten sind
- x Psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose
- x Vorsorgeuntersuchungen

Unfallversicherung

- x Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, Schlaganfälle, Krampfanfälle; dies gilt auch, soweit der Zustand auf Alkohol- oder Drogeneinfluss zurückzuführen ist

Haftpflichtversicherung

- x Haftpflichtansprüche von gemeinsam versicherten Personen untereinander
- x Schäden, verursacht durch Gebrauch von Kraft-, Luft- oder motorgetriebenen Wasserfahrzeugen
- x Folgeschäden, die sich aus einem Schlüsselverlust ergeben (z. B. Einbruch) sowie die Haftungen aus dem Verlust von Schlüsseln zu beweglichen Sachen (auch Tresor- und Möbelschlüssel).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Kranken- und Notruf-Versicherung

- ! Schmerzstillende Zahnbehandlung: höchstens € 1.000,-
- ! Heilmittel (z. B. Massage- und Fango-Behandlungen sowie Lymphdrainagen): höchstens 8 Behandlungen
- ! Unfallbedingte Hilfsmittel: € 1.000,-
- ! Zahnersatz: 60 % der Gesamtkosten, maximal € 1.000,- nach einer Wartezeit von acht Monaten
- ! Unfallbedingte Sehhilfen: € 100,- nach einer Wartezeit von drei Monaten
- ! Überführungskosten: maximal € 25.000,-
- ! Impfungen: maximal € 250,- in der gesamten Vertragslaufzeit
- ! Ambulante ärztliche / zahnärztliche Leistungen in Deutschland gemäß amtlicher Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ und GOZ) bis zum 3,5-fachen Satz.

Unfallversicherung

- ! Wenn Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 % bei der unfallbedingten Gesundheitsschädigung mitgewirkt haben, kann die Leistung entsprechend gekürzt werden.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Für Personen mit Heimatland Deutschland gilt der Versicherungsschutz für den vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Deutschlands.
- ✓ Für Personen mit Heimatland außerhalb Deutschlands gilt der Versicherungsschutz für den vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland, der EU sowie der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen, dem Vereinigten Königreich und Island.
- ✓ Es besteht außerdem Versicherungsschutz für Deutsche in Deutschland bei einer Unterbrechung des Aufenthalts bis zu 6 Wochen je Versicherungsjahr.
- ✓ Generell sind Reisen in Gebiete, für die zum Zeitpunkt der Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes der Bundesrepublik Deutschland besteht, vom Versicherungsschutz ausgenommen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie sind verpflichtet, uns Schadenfälle unverzüglich anzuzeigen.
- Sie sind verpflichtet, uns vertragsrelevante Änderungen in den persönlichen Umständen unverzüglich mitzuteilen.

Kranken- und Notruf-Versicherung

- Bei schweren Verletzungen oder Krankheiten, insbesondere vor Klinikaufenthalten, müssen Sie sich unverzüglich an uns wenden.

Unfallversicherung

- Sie sind verpflichtet, die behandelnden oder begutachtenden Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden.
- Für die Zahlung der Versicherungsleistungen wegen dauernder Invalidität sind besondere Fristen für die Geltendmachung zu beachten.

Haftpflichtversicherung

- Wird ein Anspruch gegen Sie geltend gemacht, müssen Sie uns dies innerhalb einer Woche mitteilen. Kommt es zu einem Prozess über den Haftpflichtanspruch, ist AWP die Prozessführung zu überlassen und dem Anwalt Vollmacht zu geben.



Wann und wie zahle ich?

Der Versicherungs-Beitrag ist erstmalig mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig und monatlich im Voraus zu zahlen. Die Beitragszahlung kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z. B. SEPA-Lastschrift oder Kreditkarte) erfolgen. Bei Vertragslaufzeiten von mehr als einem Monat sind die Folgebeiträge jeweils zum 1. des neuen Monats fällig.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Antragsstellung, nicht vor Grenzübertritt und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten. Der Versicherungsschutz endet mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit der Beendigung des versicherten Aufenthalts. Die Versicherung endet automatisch mit Ihrem 40. Geburtstag, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Der Versicherungsvertrag kann für jeweils volle Monate vereinbart werden, maximal für 60 Monate.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag täglich zum Monatsende kündigen.

IHRE LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK

MAWISTA Student – Tarif Comfort

• Krankenversicherung

Selbstbeteiligung: 10 % je versicherter Leistung bei ambulanter Behandlung und bei Zahnbehandlungen, maximal € 250,- pro Kalenderjahr

• Notruf-Versicherung

• Unfallversicherung

Versicherungssummen: je Person bis zu € 140.000,- bei Invalidität, € 10.000,- bei Tod

• Haftpflichtversicherung

Versicherungssummen: € 1.000.000,- je Person bei Personen- und Sachschäden, € 250.000,- für Mietsachschäden; € 2.000,- bei Abhandenkommen von fremdem privaten Wohnungsschlüsseln

Selbstbeteiligung: bei Abhandenkommen von Wohnungsschlüsseln € 100,- je Schadenfall

IHR KONTAKT ZU UNS

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 per Post an die Schadenabteilung MAWISTA (Adresse siehe rechts)

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 Klinikaufenthalt, bitte unverzüglich an die Assistance, damit adäquate Behandlung sichergestellt und notfalls der Rücktransport veranlasst werden kann. Für die Erstattung Ihrer vor Ort verursagten 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 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

Beschwerde, anwendbares Recht, Vertragssprache und Widerruf	2
Datenschutzhinweise und Informationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr	3
Versicherungsbedingungen	4
Allgemeine Bestimmungen	4
Krankenversicherung	5
Notruf-Versicherung	5
Unfallversicherung	6
Haftpflichtversicherung	7
MAWISTA Student – Versicherungsleistungen auf einen Blick / Tarifabelle	8

WICHTIGE HINWEISE

Geltungsbereich: siehe § 2 VB AB-COM 22 MST

Maximale Versicherungsdauer: Die Versicherungen gelten für den vereinbarten Zeitraum, maximal sind 60 Monate möglich.

Versicherungsfähige Personen: siehe § 1 Nr. 1 VB AB-COM 22 MST

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

Versicherer: Wir, die AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland sind Ihr Versicherer. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist die Absicherung von Waren und Dienstleistungen, u. a. Reiseversicherungen.

Versicherungsschutz besteht nur für die namentlich auf dem Versicherungsschein aufgeführte Person. Der Versicherungsbeitrag ist erstmalig mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig und monatlich im Voraus zu zahlen. Die Beitragszahlung kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z. B. SEPA-Lastschrift oder Kreditkarte) erfolgen. Falls der Versicherer ermächtigt wurde, den Beitrag dem gewählten Zahlungsmittel zu belasten, gilt die Zahlung als erfolgt, wenn zum Zeitpunkt des Beitragseinzugs Deckung auf dem vom Versicherungsnehmer genannten Zahlungsmittel besteht. Die Höhe des Beitrags richtet sich in der Regel nach dem ausgewählten Versicherungsschutz und der Laufzeit des Vertrages.

Tritt der Versicherungsfall ein, müssen wir nur leisten, wenn der Beitrag bezahlt ist oder wenn Sie als Versicherungsnehmer kein Verschulden daran trifft, dass der Beitrag nicht gezahlt wurde. Dies müssen Sie uns nachweisen.

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

AWP P&C S.A.
Niederlassung für Deutschland
Bahnhofstraße 16
D – 85609 Aschheim (bei München)

Hauptbevollmächtigter: Jacob Fuest
Registergericht: München HRB 4605
USt.-IdNr.: DE 129274528

AWP P&C S.A.
Aktiengesellschaft französischen Rechts
Sitz der Gesellschaft: Saint-Ouen (Frankreich)
Handelsregister: R.C.S. Bobigny 519 490 080
Vorstandsvorsitzende: Sirma Boshnakova

Beschwerde-Möglichkeiten

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 unter +49.89.6 24 24 – 460, per E-Mail an beschwerde-reise@allianz.com bzw. per Post an AWP P&C S.A., Beschwerdemanagement, Bahnhofstraße 16, D – 85609 Aschheim (bei München). Mehr Informationen zu unserem Beschwerdeprozess finden Sie unter www.allianz-reiseversicherung.de/beschwerde. An Streitbelegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle nehmen wir nicht teil.

Für Beschwerden aus allen Versicherungs-Sparten können Sie sich ferner an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, D – 53117 Bonn (www.bafin.de).

Wir weisen darauf hin, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt.

Anwendbares Recht

Das Vertrags-Verhältnis einschließlich unserer vorvertraglichen Beziehung unterliegt deutschem Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Klagen aus dem Versicherungs-Vertrag können vom Versicherungs-Nehmer oder der versicherten Person bei dem Gericht des Geschäftssitzes oder der Niederlassung des Versicherers erhoben werden. Ist der Versicherungs-Nehmer oder die versicherte Person eine natürliche Person, so können Klagen auch vor dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungs-Nehmer oder die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Vertragssprache

Wir führen unsere Korrespondenz mit Ihnen in deutscher Sprache. Als Angebot stellen wir einige unserer Dokumente und Website-Informationen in englischer Sprache zur Verfügung. Diese dienen aber lediglich der Information, rechtverbindlich bleibt die jeweilige deutsche Fassung.

WIDERRUFSBELEHRUNG

Abschnitt 1: Widerrufsrecht für Verträge mit einer Laufzeit von einem Monat oder mehr, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertrags-Erklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertrags-Bestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Widerrufsbelehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren nachfolgend in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland
Bahnhofstraße 16
D – 85609 Aschheim (bei München)
Telefax +49.89.6 24 24-244
E-Mail: info@mawista.com

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz. Es gilt dann: Wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Versicherungs-Beiträge zu erstatten. Den Teil des Versicherungs-Beitrags, 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 des vom im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungs-Beitrags für den gesamten versicherten Zeitraum. Wir haben zurückzuzahlende Versicherungs-Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erstatten. 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.

Abschnitt 2: Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten „weiteren Informationen“ werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Wir haben Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Unsere Identität und die der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll. Anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer.
2. Unsere ladungsfähige Anschrift und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen uns

und Ihnen maßgeblich ist. Bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen sind auch der Name eines Vertretungsberechtigten anzugeben. Soweit diese Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form.

3. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit
4. Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistung
5. Den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich Steuern und sonstiger Preisbestandteile. Es gilt dabei: Die Versicherungs-Beiträge sind einzeln auszuweisen, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll. Wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, müssen wir Angaben zu den Grundlagen der Beitrags-Berechnung machen, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen.
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlung des Versicherungs-Beitrags
7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der Sie als Antragsteller an den Antrag gebunden sind
8. Das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle eines Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben. Soweit diese Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form.
9. Angaben zur Laufzeit des Vertrages
10. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen. Soweit diese Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form.
11. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht wir der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legen
12. Das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht
13. Die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt 2 genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen wir mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages verpflichtend zu führen haben
14. Einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang. Dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt.
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde

Ende der Widerrufsbelehrung

DATENSCHUTZHINWEISE

Entsprechend Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte geben Sie diese Hinweise allen mitversicherten Personen (z. B. Ehepartner) zur Kenntnis.

I Wer ist für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich?

Für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich ist: AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland, Bahnhofstraße 16, D – 85609 Aschheim (bei München). Der Datenschutzbeauftragte ist per Post zu erreichen unter der obestehenden Anschrift mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter datschutz-azpde@allianz.com.

II Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

1. Was gilt für alle Kategorien von personenbezogenen Daten?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO.

Daneben gibt es in Art. 6 Abs. 1 a) und c) – f) DSGVO weitere gesetzlich vorgesehene Möglichkeiten, die uns zur Verarbeitung berechtigen.

Wir verarbeiten Ihre Daten zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung gemäß Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO, z. B. zur Prüfung von Ausgleichsansprüchen, wenn wir von einem anderen Versicherer aufgrund einer bestehenden Mehrfachversicherung in Anspruch genommen werden.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungs-Produkte sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten (insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können).

Wir verarbeiten in der Regel nur Daten, die wir direkt von Ihnen erhalten haben. In Einzelfällen (z. B. wenn uns ein anderer Versicherer bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung in Anspruch nimmt) erhalten wir diese von Dritten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen, wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO. Wir können Ihre Daten gemäß Art. 6 Abs. 1 d) DSGVO auch ver-

arbeiten, um Ihre lebenswichtigen Interessen zu schützen oder wenn Sie in die Verarbeitung einwilligen, Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO.

Zur Entscheidung über eine Antragsannahme können wir gemäß Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO auch vorliegende Informationen aus Vertragsverhältnissen heranziehen, die in den letzten drei Jahren aktiv waren.

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

2. Was gilt für besondere Kategorien von personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten?

Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten gehören, unterliegt besonderem Schutz. Die Verarbeitung ist in der Regel nur zulässig, wenn Sie gemäß Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO in die Verarbeitung einwilligen oder eine der übrigen gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten vorliegt, Art. 9 Abs. 2 b) – j) DSGVO.

a) Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten besonderer Kategorien

In vielen Fällen benötigen wir zur Prüfung des Leistungsanspruchs personenbezogene Daten, die einer besonderen Kategorie angehören (sensible Daten). Dies sind z. B. Gesundheitsdaten. Indem Sie uns anlässlich eines konkreten Versicherungsfalles solche Daten verbunden mit der Bitte um Prüfung und Schadenbearbeitung mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen sensiblen Daten verarbeiten. Hierauf weisen wir Sie nochmals und gesondert im Formular zur Schadenmeldung hin.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass dann die Leistungspflicht aus dem Versicherungsfall evtl. nicht geprüft werden kann. Ist die Prüfung des Schadenfalles bereits abgeschlossen, können z. B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten dazu führen, dass die Daten nicht gelöscht werden.

Ihre sensiblen Daten dürfen wir auch dann verarbeiten, wenn dies zum Schutz Ihrer lebenswichtigen Interessen erforderlich ist und Sie aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande sind, Ihre Einwilligung abzugeben, Art. 9 Abs. 2 c) DSGVO. Das kann zum Beispiel bei schweren Unfällen während der Reise der Fall sein.

Werden wir bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung von einem anderen Versicherer in Anspruch genommen oder nehmen wir einen anderen Versicherer in Anspruch, dürfen wir Ihre sensiblen Daten zur Geltendmachung und zur Verteidigung des gesetzlichen Ausgleichsanspruches verarbeiten, Art. 9 Abs. 2 f) DSGVO.

b) 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 Heilberufes ergeben.

Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für alle Stellen, die der Schweigepflicht unterliegen und Angaben zur Prüfung der Leistungspflicht machen 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 uns einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an uns einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

III An welche Empfänger leiten wir Ihre Daten weiter?

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können sein: ausgewählte externe Dienstleister (z. B. Assistance-Dienstleister, Leistungsbearbeiter, Transportleistungserbringer, technische Dienstleister usw.) sowie andere Versicherer (z. B. bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung).

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Treten Sie als versicherte Person einem Gruppenversicherungsvertrag bei (z. B. im Rahmen eines Kreditkarten-Erwerbs), können wir Ihre personenbezogenen Daten an den Versicherungsnehmer (z. B. Kreditinstitut) weiterleiten, wenn dieser ein berechtigtes Interesse hat.

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

Die Weiterleitung der Daten ist eine Form der Verarbeitung und erfolgt ebenfalls im Rahmen der in Art. 6 Abs. 1 und Art. 9 Abs. 2 DSGVO genannten Grundlagen.

IV Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, z. B. nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches, der Abgabenordnung oder des Geldwäschegesetzes. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

V Wo werden Ihre Daten verarbeitet?

Sollten wir Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung innerhalb des Allianz-Konzerns auf Grundlage von verbindlichen Unternehmensvorschriften, der sogenannten „Binding Corporate Rules“, die von den Datenschutzbehörden genehmigt wurden. Diese sind Teil des „Allianz Privacy Standard“. Diese Unternehmensvorschriften sind für alle Unternehmen der Allianz Gruppe verbindlich und stellen einen angemessenen Schutz von persönlichen Daten sicher. Der „Allianz Privacy Standard“ sowie die Liste der Unternehmen der Allianz Gruppe, die diesen einhalten, kann hier aufgerufen werden: <https://www.allianz-partners.com/allianz-partners---binding-corporate-rules.html>.

In den Fällen, in denen der „Allianz Privacy Standard“ nicht anwendbar ist, erfolgt die Übermittlung in Drittländer entsprechend der Art. 44 – 50 DSGVO.

VI Welche Rechte haben Sie?

Sie haben das Recht, über die bei uns gespeicherten Daten Auskunft zu erhalten sowie unrichtige Daten berichtigen zu lassen. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie außerdem das Recht auf Löschung, das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Widerspruchsrecht

Sie können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Wenn Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren möchten, können Sie sich an den oben genannten Datenschutzbeauftragten wenden. Für Sie besteht außerdem ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde.

Informationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr

Sofern Sie Ihren Versicherungsvertrag elektronisch (z. B. über ein Online-Portal) abgeschlossen haben, gelten nachfolgende Informationen:

I Können gemachte Eingaben vor dem Abschluss der Versicherung geändert werden?

Sind Sie unsicher, ob Sie überall richtige Angaben gemacht haben, können Sie vor Abschluss der Versicherung jederzeit Ihre Angaben prüfen und ändern. Mit Hilfe des „Zurück“-Buttons können Sie auch zurückliegende Schritte bearbeiten.

II Welcher technische Schritt führt zum Vertragsabschluss?

Wir führen Sie Schritt für Schritt zum Online-Abschluss. Auf der Seite „Ihre Zahlungsdaten“ sehen Sie in der rechten Spalte eine Zusammenfassung Ihrer Angaben. Bitte prüfen Sie, ob alle Daten richtig sind. Der Versicherungs-Abschluss selbst erfolgt erst dann, wenn Sie auf den Button „Jetzt beitragspflichtig abschließen“ bzw. „Sie bezahlen XX,XX EUR“ klicken. Damit schließen Sie verbindlich den Vertrag mit uns ab und die Daten werden an uns übermittelt.

III Werden Ihre Vertragsdaten und der Vertragstext nach dem Vertragsabschluss gespeichert?

Die von Ihnen eingegebenen Vertragsdaten und der Vertragstext werden von uns gespeichert. Sie bekommen beim Abschluss einer Versicherung den Versicherungsschein mit den wesentlichen Vertragsbestandteilen per E-Mail zugesandt.

IV Welche Sprachen stehen zur Verfügung?

Dieses Angebot steht ausschließlich in Deutsch zur Verfügung.

BEDINGUNGEN DER AWP P&C S.A., NIEDERLASSUNG FÜR DEUTSCHLAND

Allgemeine Bestimmungen

VB AB-COM 22 M2T

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 versicherungsfähig?

1. Versicherungsfähig sind Personen bis zu ihrem 40. Geburtstag, die dem nachfolgenden Personenkreis angehören:
 - a) Personen, die sich aufgrund eines Aufenthaltstitels (Aufenthaltsurlaubnis) zu Ausbildungszwecken in Deutschland befinden, und deren begleitende Familienangehörige.
 - b) Personen mit einem sonstigen befristeten Aufenthaltstitel für Deutschland.
 - c) Personen mit Wohnsitz in Deutschland für Reisen ins Ausland als Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten, Doktoranden, Gastwissenschaftler, Praktikanten oder im Rahmen von „Work- & Travel“-Programmen sowie deren begleitende Familienangehörige.
2. Versichert ist die im Versicherungsschein namentlich genannte Person für den vorübergehenden Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich.

§ 2 Welchen Geltungsbereich hat die Versicherung?

Der Versicherungsschutz gilt für versicherte Personen

1. 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.
2. mit befristetem Aufenthaltstitel für Deutschland für den vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland sowie Urlaub- und ausbildungsbedingte Aufenthalte in der EU sowie der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen, dem Vereinigten Königreich und Island. Außerhalb der genannten Länder besteht kein Versicherungsschutz.

§ 3 Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

1. Der Versicherungsschutz 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. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses.
2. Der Versicherungsschutz endet mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit der Beendigung des versicherten Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich.
3. Der Versicherungsschutz kann auf Antrag vor Ablauf der ursprünglichen Vertragslaufzeit bis zu insgesamt max. 60 Monaten (= tarifliche Höchstversicherungsdauer) verlängert werden, sofern der vorübergehende Aufenthalt andauert und der Versicherungsnehmer bereit ist, die im Zeitpunkt der Verlängerung gültigen Beiträge zu zahlen. Ist die tarifliche Höchstversicherungsdauer von 60 Monaten erreicht, kann unter Berücksichtigung der nachfolgenden Nr. 4 ein neuer Vertrag beantragt werden.
4. Für Personen mit befristetem Aufenthaltstitel in Deutschland darf unter Berücksichtigung von gleichartigen Versicherungsverträgen mit anderen Versicherern eine maximale Laufzeit von 60 Monaten (= gesetzliche 60-Monatsgrenze) nicht überschritten werden.
5. Die Versicherung endet automatisch mit dem 40. Geburtstag, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 4 Welche Laufzeit hat der Vertrag, wann ist der Beitrag zu zahlen und was gilt, wenn Sie ein bestimmtes Alter erreichen?

1. Der Versicherungsvertrag kann für jeweils volle Monate vereinbart werden, maximal für 60 Monate.
2. Der Versicherungsvertrag kann vom Versicherungsnehmer täglich zum Monatsende gekündigt werden.

3. Der Versicherungsbeitrag ist erstmalig mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig und monatlich im Voraus zu zahlen. Die Beitragszahlung kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z. B. SEPA-Lastschrift oder Kreditkarte) erfolgen.

Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Falls der Versicherer ermächtigt wurde, den Beitrag dem gewählten Zahlungsmittel zu belasten, gilt die Zahlung als erfolgt, wenn zum Zeitpunkt des Beitragsinzugs Deckung auf dem vom Versicherungsnehmer genannten Zahlungsmittel besteht.

4. Bei Vertragslaufzeiten von mehr als einem Monat sind die Folgebeiträge jeweils zum 1. des neuen Monats fällig.

Falls der Versicherer ermächtigt wurde, den Beitrag dem gewählten Zahlungsmittel zu belasten, gilt die Zahlung als erfolgt, wenn zum Zeitpunkt des Beitragsinzugs Deckung auf dem vom Versicherungsnehmer genannten Zahlungsmittel besteht. Ist der Folgebeitrag zu diesem Termin nicht bezahlt, kann der Versicherer in Textform eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Tritt nach Ablauf der Frist ein Schadenfall ein und ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung des Folgebeitrags 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. Sobald die versicherte Person 5 bzw. 18 bzw. 30 Jahre alt geworden ist, ist der Beitrag für die jeweils nächsthöhere Altersgruppe ab dem Folgemonat nach dem Geburtsmonat zu zahlen.

§ 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.
4. Kein Versicherungsschutz besteht, wenn
 - a) Wirtschafts-, Handels- oder Finanz-Sanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland bestehen und
 - b) diese auf Sie oder uns direkt anwendbar sind oder dem Versicherungsschutz entgegenstehen.Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanz-Sanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika erlassen werden, sofern diesen keine europäischen oder deutschen Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 6 Obliegenheiten im Schadenfall

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 Original-Rechnungen 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.
4. dem Versicherer unverzüglich vertragsrelevante Änderungen in den persönlichen Umständen mitzuteilen (z. B. Ende des Studiums, Aufnahme einer Beschäftigung usw.).

§ 7 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.

§ 8 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.

§ 9 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.

§ 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

VB K-COM 22 MST

§ 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. Ungeachtet des Zeitpunktes des Eintrittes der Schwangerschaft erstattet der Versicherer die Kosten der ärztlichen Heilbehandlung bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehl- und Frühgeburt.
3. Pauschaler Spesensatz 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 Spesensatz (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 medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung. 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-COM 22 MST) auch die Kosten der im vereinbarten Geltungsbereich notwendigen Heilbehandlungen des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von € 100.000,- übernommen.
Für stationäre Behandlungen und Entbindungen in Deutschland gilt: Es werden allgemeine Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) gemäß der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz erstattet; Aufwendungen für Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung) sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.
 - 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 Provisorien bis € 1.000,- pro Versicherungsjahr;
 - f) Zahnersatz (nach acht Monaten Wartezeit ab Versicherungsbeginn) bis zu 60 % der angefallenen Gesamtkosten, max. jedoch € 1.000,- pro Versicherungsjahr;
 - g) die ärztliche Betreuung und Behandlung von Schwangerschaften, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind;
 - h) unfallbedingte Hilfsmittel bis € 1.000,- pro Versicherungsjahr;
 - i) unfallbedingte Sehhilfen (nach drei Monaten Wartezeit ab Versicherungsbeginn) bis € 100,- pro Versicherungsjahr;
 - j) Schutzimpfungen, die von der ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden, bis insgesamt maximal € 250,- für alle während der Vertragslaufzeit stattfindenden Impfungen;
 - k) ärztlich verordnete Heilmittel (z. B. Massagen- und Fango-Behandlungen oder Lymphdrainagen), bis zu acht Anwendungen insgesamt je Versicherungsjahr; dies gilt auch dann, wenn mehrere Anwendungen innerhalb eines Behandlungstermins durchgeführt werden;
 - l) medizinisch notwendige, ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung.
 - m) Der Versicherer leistet dabei im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Der Versi-

cherer leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend 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. Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5-fachen Satz.
3. Der Versicherer erstattet im bedingungsgemäßen Rahmen die Kosten über die vereinbarte Laufzeit des Versicherungsvertrages hinaus bis zu acht Wochen, maximal bis zum Tag der Transportfähigkeit, sofern ein Rücktransport während der Vertragslaufzeit medizinisch nicht vertretbar war.

§ 3 Welche Kosten erstattet der Versicherer bei Krankentransport 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 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.
2. 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

1. Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für den Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich sind;
2. 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;
3. Nähr- und Stärkungsmittel;
4. kieferorthopädische Behandlungen, Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnprothesen und Provisorien hinausgehen; es 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;
5. Heilmittel (z. B. Massagen- und Fango-Behandlungen sowie Lymphdrainagen), die acht Behandlungen im Versicherungsjahr übersteigen;
6. die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln; für unfallbedingte Hilfsmittel besteht in Abweichung hierzu Versicherungsschutz bis € 1.000,- pro Versicherungsjahr; für unfallbedingte Sehhilfen besteht in Abweichung hierzu nach drei Monaten Wartezeit ab Versicherungsbeginn Versicherungsschutz bis € 100,- pro Versicherungsjahr;
7. Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten sowie deren Folgen;
8. Behandlungen von Schwangerschaften, die bereits vor Versicherungsbeginn eingetreten sind;
9. durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
10. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose;
11. 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;

12. Krankentransport aus einem der unter Nr. 1, 2, 7 und 9 genannten Gründe.

13. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Kinder- und Jugenduntersuchungen, Zahnvorsorgeuntersuchungen und -prophylaxe sowie für Honorare und Gebühren für Atteste, Befundberichte 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,

1. im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus, vor Beginn umfänglicher ambulanter oder stationärer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie vor Abgabe von Zahlungsanerkennissen unverzüglich Kontakt zur Assistance aufzunehmen – die nachgewiesenen Kosten zur Kontaktaufnahme erstattet der Versicherer bis zu € 25,-;
2. ihrem Rücktransport oder der Rückführung in ihr Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit und Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 Nr. 1 VB K-COM 22 MST zuzustimmen, wenn die Assistance den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt. Im Falle einer nach Prognose des behandelnden Arztes voraussichtlich länger als 30 Tage andauernden Behandlungsbedürftigkeit außerhalb Deutschlands trägt die versicherte Person einen Eigenanteil in Höhe von 20 % der entstandenen Kosten, wenn ein Krankentransport abgelehnt wird, obwohl er möglich und medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. § 6 findet in diesem Fall keine Anwendung.
3. dem Versicherer die Rechnungsoriginals oder Zweitschriften mit einem Originalerstattungsstempel eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen vorzulegen; diese werden Eigentum des Versicherers.

§ 6 Welche Selbstbeteiligung trägt die versicherte Person?

Die versicherte Person trägt eine Selbstbeteiligung von 10 % je versicherter Leistung für ambulante Behandlungen und Zahnbehandlungen. Die Selbstbeteiligung ist insgesamt begrenzt auf € 250,- pro Kalenderjahr.

Versicherungsbedingungen zur Notruf-Versicherung

VB N 22 MST

Hinweis:

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

§ 1 Welche Dienste bietet der Versicherer?

1. 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.
2. Der Versicherer hat die Assistance damit beauftragt, für die versicherte Person 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 verauslagter 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. 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 Krankenaufenthaltes 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

VB U 22 MST

§ 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,

- 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 Luftfahrzeugs;
- 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 –

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 %

- 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?

1. 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 zustoßen ist.

2. Kurbeihilfe

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 Verdienstaufschlags 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 VB H COM 22 MST

§ 1 Welches Risiko übernimmt der Versicherer?

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens, wenn die versicherte Person während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich wegen eines Schadenereignisses, das während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich eingetreten ist, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Schadenereignisse sind Tod, Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden).
2. Bei Abhandenkommen von fremden privaten Wohnungsschlüsseln (Schlüsselrisiko) gilt: Eingeschlossen ist die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person aus dem Abhandenkommen von fremden privaten Wohnungsschlüsseln, die sich rechtmäßig im Gewahrsam der versicherten Person befunden haben. Der Versicherungsschutz umfasst die Kosten für die notwendige Auswechslung von Schlössern und Schließanlagen sowie vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (Notschloss). Die im Versicherungsschein oder im Leistungsüberblick genannten Versicherungssummen bilden die Höchstgrenze für den Umfang der Versicherungsleistungen.

§ 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 Schadenereignisses 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 den „Leistungen im Überblick“ 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

1. Haftpflichtansprüche
 - a) soweit sie aufgrund vertraglicher oder sonstiger Zusage über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
 - b) der versicherten Personen untereinander und der ihrer Angehörigen (einschließlich Lebenspartner);
 - 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 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.
 - Versichert ist ferner das Abhandenkommen von fremden privaten Wohnungsschlüsseln (Schlüsselrisiko) gemäß § 1 Nr. 2. Ausgeschlossen bleiben Folgeschäden, die sich aus einem Schlüsselverlust ergeben (z. B. Einbruch) sowie die Haftungen aus dem Verlust von Schlüsseln zu beweglichen Sachen (auch Tresor- und Möbelschlüssel).
 - 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 Schadenfalls 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.

§ 5 Welche Selbstbeteiligung trägt die versicherte Person?

Bei Abhandenkommen von Wohnungsschlüsseln trägt die versicherte Person eine Selbstbeteiligung von € 100,- je Schadenfall.

MAWISTA STUDENT – VERSICHERUNGSLEISTUNGEN AUF EINEN BLICK

TARIFVERGLEICHSTABELLE

Tariftabelle	MAWISTA Student Classic ®	MAWISTA Student Classic ® Plus	MAWISTA Student Comfort ®
Allgemeine Bestimmungen			
§ 2 Nr. 1 Versicherungsschutz für Deutsche in Deutschland bei einer Unterbrechung des Auslandsaufenthalts	nicht versichert	nicht versichert	bis zu 6 Wochen je Versicherungsjahr
Krankenversicherung			
§ 2 Nr. 1 Höhe der Kostenerstattung für ...			
• ambulante Behandlung	unbegrenzt*	unbegrenzt*	unbegrenzt*
• Heilbehandlungen und Arzneimittel	unbegrenzt*	unbegrenzt*	unbegrenzt*
• stationäre Behandlung	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
• Heilbehandlung eines Neugeborenen bei Frühgeburt	max. € 100.000,-	max. € 100.000,-	max. € 100.000,-
• medizinisch notwendigen Krankentransport ins Krankenhaus	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
• schmerzstillende Zahnbehandlung je Versicherungsjahr	max. € 500,-	max. € 500,-	max. € 1.000,-
• Zahnersatz je Versicherungsjahr	nicht versichert	nicht versichert	60% der Gesamtkosten, max. € 1.000,-
• Behandlung wegen Schwangerschaft	nach Ablauf einer Wartezeit von 3 bzw. 8 Monaten: unbegrenzt	nach Ablauf einer Wartezeit von 3 bzw. 8 Monaten: unbegrenzt	unbegrenzt
• unfallbedingte Hilfsmittel je Versicherungsjahr	max. € 250,-	max. € 250,-	max. € 1.000,-
• unfallbedingte Sehhilfen je Versicherungsjahr	nicht versichert	nicht versichert	max. € 100,-
• Impfungen	nicht versichert	nicht versichert	max. € 250,- für die gesamte Vertragslaufzeit
• Heilmittel (z. B. Massagen-, Fango-Behandlungen, Lymphdrainagen) je Versicherungsjahr	max. 6 Behandlungen	max. 8 Behandlungen	max. 8 Behandlungen
• Rehabilitationsmaßnahmen	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
	Wichtiger Hinweis: Die Erstattung ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen in Deutschland erfolgt im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ und GOZ) bis zu den folgenden Sätzen:		
Kostenerstattung Heilbehandlungskosten nach GOÄ /GOZ	bis max. 1,8-facher Satz	bis max. 2,3-facher Satz	bis max. 3,5-facher Satz
§ 2 Nr. 2 Nachleistung nach Ablauf des Versicherungsvertrages bei Transportunfähigkeit	max. 6 Wochen	max. 6 Wochen	max. 8 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 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
§ 6 Selbstbeteiligung je versicherter Leistung bei ambulanter Behandlung und bei Zahnbehandlungen	20 %, max. € 250,- pro Kalenderjahr	15 %, max. € 250,- pro Kalenderjahr	10 %, max. € 250,- pro Kalenderjahr
	Wichtiger Hinweis für Aufenthalte außerhalb Deutschlands: Bei voraussichtlich länger als 30 Tage andauernder Behandlungsbedürftigkeit besteht ein Eigenanteil in Höhe von 20 % der Behandlungskosten, wenn ein Rücktransport nach Deutschland abgelehnt wird, obwohl dieser möglich und medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.		
Notrufversicherung			
§ 1 - § 4	Bietet weltweite Soforthilfe bei Notfällen im vereinbarten Geltungsbereich		
§ 2 Nr. 2 Höhe der Kostenübernahmeerklärung bei stationärer Behandlung	max. € 15.000,-	max. € 15.000,-	max. € 15.000,-
Unfallversicherung			
§ 3 Versicherungssumme für den Todesfall	nicht versichert	€ 10.000,-	€ 10.000,-
§ 4 Versicherungssumme für den Fall dauernder Invalidität	nicht versichert	max. € 140.000,-	max. € 140.000,-
§ 6 Nr. 1 Bergungskosten	nicht versichert	max. € 5.000,-	max. € 5.000,-
§ 6 Nr. 2 Kurbeihilfe	nicht versichert	max. € 1.500,-	max. € 1.500,-
Haftpflichtversicherung			
§ 1 Versicherungssummen	nicht versichert	<ul style="list-style-type: none"> • Personen- und Sachschäden: max. € 1.000.000,- • Mietsachschäden: max. € 250.000,- 	<ul style="list-style-type: none"> • Personen- und Sachschäden: max. € 1.000.000,- • Mietsachschäden: max. € 250.000,- • Schlüsselverlust: max. € 2.000,-
Monatsbeiträge			
bis zum 5. Geburtstag	€ 49,-	€ 66,-	€ 117,-
ab 5 Jahre bis zum 18. Geburtstag	€ 35,-	€ 47,-	€ 83,-
ab 18 Jahre bis zum 30. Geburtstag	€ 25,-	€ 34,-	€ 60,-
ab 30 Jahre bis zum 40. Geburtstag	€ 38,-	€ 50,-	€ 89,-

* Unter Berücksichtigung der erstattungsfähigen Gebührensätze nach GOÄ und GOZ sowie der jeweiligen tariflichen Selbstbeteiligung.