

Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen zu dem Produkt mawista Student

01/2008

Allgemeiner Teil – gültig für alle Versicherungen

1. Welche Personen sind versicherungsfähig?

- 1.1 Die im Versicherungsschein namentlich genannte Person mit deutscher oder mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist versichert, als Sprachschüler, Student, Doktorand, Gastwissenschaftler oder Praktikant, sowie deren Familienangehörige.
- 1.2 Versicherungsfähig sind Personen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres, Personen über dem 40. Lebensjahr bis zum 55. Lebensjahr zu besonderen Bedingungen.

2. Für welche Aufenthalte und Reisen gilt die Versicherung (Geltungsbereich)?

- 2.1 Innerhalb der vereinbarten Laufzeit der Versicherung gilt der Versicherungsschutz für eine versicherte Person:
 - 2.1.1 mit Heimatland Deutschland:
 - für die Dauer des Aufenthaltes außerhalb Deutschlands;
 - und soweit vereinbart auch vorübergehend in Deutschland.
 - 2.1.2 mit Heimatland außerhalb Deutschlands:
 - für die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, der EU einschließlich der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island.
- 2.2 Als Heimatland gilt das Land, in welchem die versicherte Person seit mindestens zwei Jahren ihren ständigen Hauptwohnsitz hat.

3. Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

- 3.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Antragseingang, nicht vor Grenzüberschreitung und nicht vor Ablauf von evtl. Wartezeiten. Wartezeiten rechnen ab Versicherungsbeginn.
- 3.2 Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind bzw. bereits bestanden haben, wird nicht geleistet.
- 3.3 Der Versicherungsschutz endet – in der Krankenversicherung auch für schwebende Versicherungsfälle – nach Beendigung des Aufenthaltes mit der Rückkehr ins Heimatland, spätestens jedoch mit dem vereinbarten Zeitpunkt.
- 3.4 Der Versicherungsschutz kann, auf Antrag, vor Ablauf der ursprünglichen Vertragslaufzeit, bis zu insgesamt 48 Monaten (Höchstversicherungsdauer) verlängert werden.

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

- 4.1 Der Versicherungsvertrag kann für jeweils volle Monate vereinbart werden, maximal für 48 Monate.
- 4.2 Der Versicherungsvertrag kann vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person täglich zum Monatsende gekündigt werden. Er endet außerdem, wenn die versicherte Person nicht ausreist oder wenn der Aufenthalt vorzeitig beendet wird. Auf Verlangen ist die Nichtausreise oder die Beendigung des Aufenthaltes innerhalb von zwei Monaten nachzuweisen.
- 4.3 Der Versicherungsnehmer hat den ersten Beitrag unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- 4.4 Die Folgeprämien sind jeweils für einen Monat, am 1. des Monats fällig. Ist eine Lastschriftinzugermächtigung erteilt, wird die Prämie vom Konto des Versicherungsnehmers abgebucht, sonst ist die Prämie zu überweisen. Kann die Folgeprämie zu diesem Termin nicht abgebucht werden oder wird diese nicht gezahlt, kann der Versicherer in Textform und auf Kosten des Versicherungsnehmers eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn der Versicherer die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann

mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt in Verzug ist.

Hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet.

5. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

- 5.1 Nicht versichert sind Schäden
- 5.1.1 durch Streik, innere Unruhen, Kriegereignisse, Kernenergie und Eingriffe von hoher Hand;
- 5.1.2 welche die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt;
- 5.1.3 durch die Teilnahme an Expeditionen. Es ist ausschließlich die Teilnahme an touristischen Expeditionen mitversichert.

6. Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten (Obliegenheiten)?

- 6.1 Die versicherte Person ist verpflichtet,
 - 6.1.1 den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden;
 - 6.1.2 den Schaden dem Versicherer anzuzeigen;
 - 6.1.3 aufgrund der mit dem Versicherer getroffenen Vereinbarung nach Eintritt des Versicherungsfalles jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiterhin hat die versicherte Person dem Versicherer die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit zu ermöglichen, als die versicherte Person alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass zum Nachweis die Rechnungsbelege im Original eingereicht werden, die Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden und es dem Versicherer gestattet wird, Ursachen und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen. Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht der versicherten Person, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.
- 6.2 Die versicherte Person hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Versicherung einzureichen.
- 6.3 Macht die versicherte Person entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellt die versicherte Person dem Versicherer vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung oder verletzt sie sonstige vertragliche Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstößt die versicherte Person grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat. Trotz Verletzung der Obliegenheiten der versicherten Person zur Auskunft, zur Aufklärung, zur Beschaffung von Belegen oder sonstiger vertraglicher Obliegenheiten, bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, wenn die versicherte Person nachweist, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat. Verletzt die versicherte Person die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

7. Was gilt, wenn die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte hat?

- 7.1 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.
- 7.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, in diesem Rahmen Ersatzansprüche an den Versicherer abzutreten.

7.3 Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen – ausgenommen Sachversicherungen – gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage von Rechnungsbelegen im Original zunächst den Versicherer in Anspruch, tritt dieser in Vorleistung.

8. Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Versicherungsleistung? Wie lange ist die Klage- und Verjährungsfrist?

8.1 Der Versicherer wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles versucht, den Versicherer durch unzutreffende Angaben über Umstände zu täuschen, die für die Leistungspflicht nach Grund und/oder Höhe von Bedeutung sind;

8.2 Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Versicherungsnehmer in Textform zugeht.

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

9.1 Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen bedürfen der Textform und sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

10. Welches Gericht ist zuständig? Welches Recht findet Anwendung?

10.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung des Versicherers. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die versicherte Person müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für den Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person zuständig ist.

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

Bedingungen für die Krankenversicherung

§ 1 Was ist versichert?

1. Versichert sind die Kosten
- 1.1 der Heilbehandlung
- 1.2 des Krankentransports
- 1.3 der Überführung bei Tod

bei akut eintretenden Krankheiten während des Aufenthaltes. Für Schwangerschaft und Entbindung nur dann, wenn die Schwangerschaft (Konzeption) nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten.

§ 2 Welche Kosten werden bei Heilbehandlung im Geltungsbereich erstattet?

1. Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für die im Geltungsbereich notwendige ärztliche Hilfe, jeweils im Rahmen der in dem Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen und Höchstbeträge.
2. Dazu gehören die Kosten für:
 - 2.1 ambulante Behandlung durch einen Arzt;
 - 2.2 Heilbehandlungen sowie Arznei- und Verbandmittel, die der versicherten Person ärztlich verordnet wurden;
 - 2.3 die ärztliche Betreuung und Behandlung von Schwangerschaft, die nach Versicherungsbeginn eingetreten ist;
 - 2.4 stationäre Behandlung im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbarer Operationen. Bei Behandlung in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) und ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).
 - 2.5 den medizinisch notwendigen Krankentransport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus im Geltungsbereich und zurück in die Unterkunft;
 - 2.6 unfallbedingt erforderliche Hilfsmittel, in einfacher Ausführung;
 - 2.7 schmerzstillende Zahnbehandlung bis zur tariflich vereinbarten Höchstgrenze sowie Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung;
 - 2.8 Zahnersatz, soweit vertraglich vereinbart;
 - 2.9 medizinisch notwendige, ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung;
 - 2.10 ärztlich verordnete Heilmittel;
3. Bis zur jeweils vereinbarten Dauer erstattet der Versicherer die Kosten

der Heilbehandlung über die vereinbarte Laufzeit der Versicherung hinaus bis zum Tag der Transportfähigkeit, sofern ein Rücktransport bis zum Ende der vereinbarten Laufzeit der Versicherung wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist.

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

Der Versicherer erstattet jeweils im Rahmen der vertraglich vereinbarten Höchstbeträge

1. die Kosten für den medizinisch notwendigen, in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten vor Ort, durchgeführten Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus;
2. die unmittelbaren Kosten für die Überführung des verstorbenen Versicherten zur Bestattung, wahlweise die unmittelbaren Kosten der Bestattung vor Ort maximal bis 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 sind;
2. Krankheiten einschließlich deren Folgen, die innerhalb von 12 Monaten vor Versicherungsbeginn bereits diagnostiziert oder der versicherten Person bekannt waren. Dies gilt auch für Schwangerschaften, bei denen die Konzeption (Befruchtung) bereits vor Versicherungsbeginn lag. Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor Reiseantritt oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt waren oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste.
3. Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen hinausgehen, bzw. welche den vereinbarten Höchstbetrag pro Versicherungsjahr übersteigen, sowie kieferorthopädische Maßnahmen.
4. Massagen- und Wellness-Behandlung sowie die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln, soweit Versicherungsschutz nicht ausdrücklich hierfür vereinbart ist.
5. Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten und deren Folgen einschließlich Krankenrücktransport.
6. Schwangerschaftsunterbrechungen, soweit nicht medizinisch indiziert und deren Folgen einschließlich Krankenrücktransport;
7. durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung einschließlich Krankenrücktransport;
8. die Behandlung von Geistes- und Gemütskrankheiten, sowie Hypnose und Psychotherapie einschließlich der hierfür verwendeten Arzneimittel und Krankenrücktransport;
9. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen;
10. weder im jeweiligen Aufenthaltsland noch in der Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich allgemein anerkannten Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden.

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

Die versicherte Person ist verpflichtet,

1. im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie vor Abgabe von Zahlungsanerkennnissen unverzüglich Kontakt zum Versicherer aufzunehmen;
2. ihrem Rücktransport oder der Rückführung in ihr Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn der Versicherer den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.
3. alle Belege nach den Vorgaben des Versicherers einzureichen, d. h. alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen tragen.

§ 6 Welche zusätzlichen Regelungen gelten für den Versicherungsschutz der Krankenversicherung während eines Aufenthaltes im Ausland?

- 6.1 Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der Kurs gemäß den „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigerem Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

§ 7 Unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe bietet der Versicherer Freistellung von der Haftung für die Ausreisekosten der versicherten Person?

- 7.1 Der Versicherer stellt die Person, die sich gemäß § 66 Abs.2 AufenthG

zur Haftung für die Ausreisekosten der versicherten Person im Falle der Abschiebung oder Zurückschiebung aus Deutschland verpflichtet hat, von der Zahlungsverpflichtung für die Kosten gemäß § 67 Abs. 1 AufenthG bei behördlich angeordneter Abschiebung aus Deutschland laut rechtskräftigem Bescheid bis zur Höhe von € 5.000,- frei.

Bedingungen für die Unfall-Versicherung

§ 1 Was ist versichert? Was ist ein Unfall?

- Der Versicherer erbringt, soweit vereinbart, Versicherungsleistungen aus der vereinbarten Versicherungssumme, wenn ein Unfall während des versicherten Aufenthaltes zum Tod oder zu dauernder Invalidität der versicherten Person führt, sowie für Bergung und Kurbeihilfe.
- Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht kein Versicherungsschutz?

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- Unfälle, die der versicherten Person bei vorsätzlicher Ausführung einer Straftat oder dem Versuch 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 die überwiegende Ursache ist.

§ 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 die vereinbarte Versicherungssumme 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 vertraglich vereinbarten Progression.

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

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

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
Große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchs- oder Geschmackssinn	10 %
- Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

- Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach § 4.2.1 und 4.2.2 zu bemessen.
- Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 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.

§ 4.2.7 § 4 wird wie folgt erweitert:

Für den 25 % übersteigenden Teil erfolgt die Abrechnung gemäß nachfolgender Tabelle.

Tabelle zur Leistungsberechnung:

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

§ 5 Welche Leistung erbringt der Versicherer bei Bergung der versicherten Person?

- Der Versicherer leistet Ersatz für Such-, Rettungs- und Bergungskosten, wenn die versicherte Person nach einem Unfall gerettet oder geborgen werden muss, oder wenn die versicherte Person vermisst wird und zu befürchten ist, dass ihr etwas zugestoßen ist.

§ 6 Welche Leistung erbringt der Versicherer bei Kurbeihilfe der versicherten Person?

- Der Versicherer übernimmt nach einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt von mindestens 21 Tagen die Kosten für eine medizinische notwendige Kur- und 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 Krankenhausbehandlung 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.
Der Versicherer erstattet die ggf. nach Vorleistung eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers verbleibenden Kosten je versicherte Person bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Die Kurkosten werden für jeden Unfall nur einmal erstattet. Bestehen für die versicherte Person mehrere Verträge bei dem Versicherer, so wird die Leistung nur aus einem Vertrag fällig.

§ 7 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.

§ 8 Was ist nach Eintritt eines Unfalls zu unternehmen?

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

- 8.1.3 den Versicherer mindestens einen Monat vor der Abreise aus Deutschland den Tag der beabsichtigten Abreise mitzuteilen, sofern sich die versicherte Person zum Aufenthalt in Deutschland aufhält.
- 8.2 Hat der Unfall den Tod der versicherten Person zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

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

- 9.1 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.
- 9.2 Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb von zwei Wochen.
- 9.3 Innerhalb eines Jahres nach dem Unfall kann Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens nur bis zur Höhe der Todesfallsumme beansprucht werden.
- 9.4 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 § 9.1, von der versicherten Person vor Ablauf der Frist 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.

Bedingungen für die Haftpflicht-Versicherung

§ 1 Welches Risiko übernimmt der Versicherer?

- 1.1 Der Versicherer bietet, sofern vereinbart, Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens bis zur vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während des Aufenthaltes wegen eines Schadenereignisses 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 In welcher Weise schützt der Versicherer die versicherte Person vor Haftpflichtansprüchen, und in welchem Umfang leistet der Versicherer Entschädigung?

- 2.1 Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadenersatzansprüche und die Freistellung der versicherten Person von berechtigten Schadenersatzansprüchen.

Berechtigt sind Schadenersatzansprüche dann, wenn die versicherte Person aufgrund Gesetz, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleichs zur Entschädigung verpflichtet ist und die Würzburger hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die von der versicherten Person ohne Zustimmung der Würzburger abgegeben oder geschlossen worden sind, binden die Würzburger nur, insoweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.

Ist die Schadenersatzverpflichtung der versicherten Person mit bindender Wirkung für die Würzburger festgestellt, hat die Würzburger die versicherte Person binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freizustellen.

- 2.2 Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadenersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit in Namen des Versicherungsnehmers oder des Mitversicherten auf seine Kosten.
- 2.3 Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person vom Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt er die gebührenordnungsmäßigen oder die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.
- 2.4 Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, hat der Versicherer für den daraus entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.
- 2.5 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt.

Für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist die Ent-

schädigungsleistung auf das Einfache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.

§ 3 Welche Risiken sind nicht versichert?

- Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf
- 3.1 Haftpflichtansprüche
- 3.1.1 soweit sie aufgrund vertraglicher oder sonstiger Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
- 3.1.2 gemeinsam reisender versicherter Personen untereinander und ihrer mitreisenden Angehörigen;
- 3.1.3 wegen der Übertragung einer Krankheit durch die versicherte Person;
- 3.1.4 wegen Schäden aus beruflicher Tätigkeit;
- 3.2 Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person
- 3.2.1 aus der Ausübung der Jagd;
- 3.2.2 wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet oder geliehen hat, durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder welche sie in Obhut genommen hat; eingeschlossen ist die Haftpflicht aus der Beschädigung gemieteter Wohnungen und Zimmer oder der Unterkunft im Geltungsbereich, nicht jedoch an dem gemieteten Mobiliar. Ausgeschlossen bleiben jedoch Haftpflichtansprüche wegen
- a) Abnutzung, Verschleiß und übermäßiger Beanspruchung,
- b) Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten,
- c) Glasschäden
- 3.2.3 als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Führer eines Kraft-, Luft- oder motorgetriebenen Wasserfahrzeugs wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden.
- 3.2.4 aus Sachschaden, welcher entsteht durch allmähliche Einwirkung der Temperatur, von Gasen, Dämpfen oder Feuchtigkeit, von Niederschlägen (Rauch, Ruß, Staub u. dgl.)

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

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

- 4.1 Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadenersatzansprüche erhoben wurden.
- 4.2 Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch erhoben, ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet, ein Mahnbescheid erlassen oder ihr gerichtlich der Streit verkündet, hat sie dies ebenfalls unverzüglich anzuzeigen. Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz muss die versicherte Person fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weisung des Versicherers bedarf es nicht.
- 4.3 Die versicherte Person hat außerdem dem Versicherer anzuzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.
- 4.4 Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisung des Versicherers nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen soweit es der versicherten Person zumutbar ist und alles zu tun, was zur 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.
- 4.5 Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, hat sie die Führung des Verfahrens dem Versicherer zu überlassen.
- Er beauftragt in ihrem Namen einen Rechtsanwalt. Die versicherte Person muss dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.
- Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz muss die versicherte Person fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weisung des Versicherers bedarf es nicht.
- 4.6 Die versicherte Person ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherer einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Leistet die versicherte Person dennoch Entschädigung, ohne zuvor das Einverständnis des Versicherers einzuholen, ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, die versicherte Person konnte nach den Umständen die Anerkennung oder die Leistung der Entschädigung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern.
- 4.7 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 § 4 Nr. 3 bis 5 finden entsprechend Anwendung.
- 4.8 Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

Vertragsdaten zu mawista Student

	Student comfort®	Student classic® mit Haftpflicht- und Unfallversicherung	Student classic® ohne Haftpflicht- und Unfallversicherung
Student Allgemeiner Teil – gültig für alle Versicherungen			
2.1.1 Versicherungsschutz für Deutsche in Deutschland, innerhalb eines Versicherungsjahres	bis zu 6 Wochen bei Reiseunterbrechung	nicht versichert	nicht versichert
Student Krankenversicherung			
§ 2 Höhe der Kostenerstattung	kein Selbstbehalt	kein Selbstbehalt	kein Selbstbehalt
2.1 ambulante Behandlung	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
2.2 Heilbehandlungen sowie Arznei- und Verbandmittel	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
2.3 Behandlung wegen Schwangerschaft	unbegrenzt, nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten	unbegrenzt, nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten	unbegrenzt, nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten
2.4 stationäre Behandlung	unbegrenzt Bei Behandlung in Deutschland: Regelleistung (im Mehrbettzi., keine privatärztliche Behandlung)	unbegrenzt Bei Behandlung in Deutschland: Regelleistung (im Mehrbettzi., keine privatärztliche Behandlung)	unbegrenzt Bei Behandlung in Deutschland: Regelleistung (im Mehrbettzi., keine privatärztliche Behandlung)
2.5 medizinisch notwendiger Krankentransport zur stationären Behandlung	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
2.6 unfallbedingt erforderliche Hilfsmittel, innerhalb eines Versicherungsjahres	unbegrenzt, für unfallbedingte Sehhilfen jedoch max. € 100,- nach Ablauf der Wartezeit von 3 Monaten	max. € 250,-	max. € 250,-
2.7 schmerzstillende Zahnbehandlung, innerhalb eines Versicherungsjahres	max. € 1.000,-	max. € 500,-	max. € 500,-
2.8 Zahnersatz, innerhalb eines Versicherungsjahres	60% des Rechnungsbetrages, max. € 1.000,- nach einer Wartezeit von 8 Monaten	nicht versichert	nicht versichert
2.9 Rehabilitationsmaßnahmen	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
2.10 Heilmittel	max. bis zu 8 Behandlungen	max. bis zu 8 Behandlungen	max. bis zu 8 Behandlungen
3. Nachleistung	8 Wochen	6 Wochen	6 Wochen
Selbstbehalt	kein Selbstbehalt	kein Selbstbehalt	kein Selbstbehalt
§ 3 Höhe der Kostenerstattung für Krankenhausrücktransport und Überführung			
3.1 Kosten des medizinisch notwendigen Rücktransports	max. € 15.000,-	max. € 15.000,-	max. € 15.000,-
3.2. Kosten der Überführung	max. € 10.000,-	max. € 7.500,-	max. € 7.500,-
3.2. Bestattungskosten vor Ort	max. bis zur Höhe der Überführungskosten	max. bis zur Höhe der Überführungskosten	max. bis zur Höhe der Überführungskosten
Unfall-Versicherung			
§ 3 Versicherungssumme für den Todesfall	€ 10.000,-	€ 10.000,-	nicht versichert
§ 4 Versicherungssumme – für den Invaliditätsfall – bei Vollinvalidität	€ 40.000,- € 140.000,-	€ 40.000,- € 140.000,-	nicht versichert nicht versichert
§ 5 Versicherungssummen bei Bergung	bis € 5.000,-	bis € 5.000,-	nicht versichert
§ 6 Versicherungssummen bei Kurbeihilfe	bis € 1.500,-	bis € 1.500,-	nicht versichert
Haftpflichtversicherung			
§ 1 Versicherungssummen			
Pauschal für Personen- und Sachschäden	max. € 2.500.000,-	max. € 2.500.000,-	nicht versichert
Beiträge			
Monatsbeiträge bis Alter 40 Jahre			
Versicherungsdauer in Monaten	1.–12.	13.–48.	1.–12.
Gesamtbeitrag	€ 58,90	€ 63,70	€ 37,20
Krankenversicherung	€ 54,80	€ 59,60	€ 33,10
Unfall-/Haftpflichtversicherung *) **)	€ 4,10	€ 4,10	€ 4,10
			€ 60,80
			€ 56,70
			€ 56,70
			nicht versichert

* inkl. der z. Zt. gültigen Vers.-Steuer

**) Auf Antrag kann die Unfall-/Haftpflichtversicherung ausgeschlossen werden.