

Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen zu dem Produkt Student

03/2005

Allgemeiner Teil – gültig für alle Versicherungen

1. Welche Personen sind versicherungsfähig?

Die im Versicherungsschein namentlich genannte Person mit deutscher oder mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist versichert, als

- 1.1 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 einer versicherten 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 mit dem im Versicherungsschein bezeichneten 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 Reisekrankenversicherung 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 60 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 60 Monate.

4.2 Der Versicherungsvertrag kann nur vom Versicherungsnehmer, oder der versicherten Person täglich zum Monatsende gekündigt werden. Sonst, wenn die versicherte Person nicht ausreist oder wenn der Aufenthalt vorzeitig beendet wird. Auf Wunsch des Versicherers ist eine Nichtausreise oder Beendigung des Aufenthaltes innerhalb von zwei Monaten nachzuweisen.

4.3 Die Prämie ist monatlich im Voraus, erstmals gegen Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.

4.4 Die Folgeprämien sind jeweils für einen Monat, am 1. des Monats fällig. Ist eine Lastschriftzugriffsmächtigung 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 schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Tritt nach Ablauf der Frist ein Schadenfall ein und ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der Folgeprämie noch in Verzug, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Der Versicherer kann den Vertrag fristlos kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist noch mit der Zahlung in Verzug ist. Wird die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder dem Ablauf der Zahlungsfrist nachgeholt, entfällt die Wirkung der Kündigung und der Vertrag tritt wieder in Kraft. Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist

eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

5. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

- 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.

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 unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen;
 - 6.1.3 das Schadenereignis und den Schadenumfang darzulegen und dem Versicherer jede sachdienliche Auskunft wahrheitsgemäß zu erteilen. Zum Nachweis hat die versicherte Person Rechnungsbelege im Original einzureichen, die Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden und es dem Versicherer zu gestatten, Ursachen und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.
- 6.2 Die versicherte Person hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Versicherung einzureichen.
- 6.3 Wird eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung hat.

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 Unfallvorsorge, 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,
 - 8.1.1 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;
 - 8.1.2 wenn der geltend gemachte Anspruch nach Ablehnung der Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.
- 8.2 Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

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

9.1 Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

10. Wo ist der Gerichtsstand? Welches Recht findet Anwendung aus diesem Vertrag?

- 10.1 Der Gerichtsstand ist Würzburg. 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 Schwangerschaften, 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;
 - 2.8 soweit vertraglich vereinbart Zahnersatz;
 - 2.9 medizinisch notwendige, ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung;
 - 2.10 ärztlich verordnete Heilmittel;
3. In jeweils vereinbarter 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 des Versicherungsschutzes 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 behandelten 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. für 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 war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste.
3. Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, bzw. welche den vereinbarten Höchstbetrag pro Versicherungs-

jahr übersteigen.

4. Massagen- und Wellness-Behandlung sowie die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln, soweit Versicherungsschutz nicht ausdrücklich 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. für die Behandlung von Geistes- und Gemütskrankheiten, sowie Hypnose und Psychotherapie einschließlich der hierfür verwendeten Arzneimittel und Krankenrücktransport;
9. für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen;
10. für 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 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 neuesten Standes, es sei denn, der Versicherte weist durch Bankbeleg nach, dass er 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 § 82 Abs.2 AusLG 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 § 83 Abs. 1 AusLG 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?

1. 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.
2. Ein Unfall liegt vor,
 - a) wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet;
 - b) wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung ein Gelenk verrenkt oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht kein Versicherungsschutz?

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

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

- 4.1. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

- 4.2. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität. Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität –

4.2.1 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 %

- 4.2.2 Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach 4.2.1 bestimmt.

- 4.2.3 Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach 4.2.1 oder 4.2.2 geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

- 4.2.4 Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach 4.2.1 bis 4.2.2 ergeben, zusammengerechnet, höchstens bis zu einer Gesamtleistung von 100 %.

- 4.2.5 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 4.2.1 bis 4.2.2 zu bemessen.

- 4.2.6 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

- 4.2.7 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.

- 4.2.8 Die Ziffer 4.2 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?

- 5.1 Der Versicherer leistet für Such-, und 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?

- 6.1 Der Versicherer leistet nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt von mindestens 21 Tagen 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 verbleibende Kosten in vereinbarter Höhe je versicherte Person. Die Kurkosten werden für jeden Unfall nur einmal erstattet.

§ 7 Welche Einschränkungen gibt es bei der Leistung?

- 7.1 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,

- 8.1 sich von den durch den Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen; die für die Untersuchung notwendigen Kosten trägt der Versicherer;
- 8.2 die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer und Behörden von der Schweigepflicht zu entbinden.
- 8.3 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.

Wird eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung hat.

§ 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 Nr.9.1, 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.

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 Höhe, 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 sie Entschädigung?

2.1 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.

2.2 Macht der Geschädigte oder dessen Rechtsnachfolger den Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend, führt der Versicherer den Rechtsstreit auf seine Kosten im Namen der versicherten Person.

2.3 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 der Versicherer die 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 vereinbarten Versicherungssummen bilden die Höchstgrenze für den Umfang der Leistungen des Versicherers.

§ 3 Welche Risiken sind nicht versichert?

Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf

3.1 Haftpflichtansprüche

3.1.1 soweit sie aufgrund vertraglicher oder sonstiger Zusage 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 Mobiliars. 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 Schadenfalls unbedingt beachten?

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

4.1 Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

4.2 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.

4.3 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.

4.4 Die versicherte Person hat außerdem dem Versicherer anzuzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.

4.5 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 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.

4.6 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 dem 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.

4.7 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 Versicherer 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.

4.8 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. 4.3 bis 4.5 finden entsprechend Anwendung.

4.9 Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihr zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

4.10 Wird eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung hat.

Vertragsdaten zu 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			
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	100%	100%, max. € 500,-, über € 500,- zu 75% des Erstattungsbetrages, maximal jedoch € 1.000,-	100%, max. € 500,-, über € 500,- zu 75% des Erstattungsbetrages, maximal jedoch € 1.000,-
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
2.11 Nachleistung	8 Wochen	6 Wochen	6 Wochen
2.12 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			
1 - 12. Monat	€ 58,90	€ 37,20	€ 33,10
13 – 60. Monat	€ 63,70	€ 60,80	€ 56,70