

Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung in den Tarifen AZZ Basis, AZZ Classic, AZZ PremiumPlus, Ambulant Basic, Ambulant Comfort, BE1, BE2, BE3, BEZE, BEWE

gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung, soweit sie nicht ausdrücklich durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

- (1) Die Auslandsreisekrankenversicherung bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und im Todesfall. Sie gewährt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, deren Verschlechterung oder wegen akuter Folgen eines Unfalls.

Jede Heilbehandlung oder Unfallfolge, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, ist ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch regelwidrige Schwangerschaftsbeschwerden, Frühgeburten, Fehlgeburten oder notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche. Nach der Entbindung ist das Neugeborene bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind mitversichert, soweit die Kosten der Entbindung tarifgemäß erstattet werden.

Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

- (3) Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb Deutschland mit Ausnahme der Länder, in denen die versicherte Person einen Wohnsitz hat.

§ 2 Örtlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht weltweit für Versicherungsfälle, die während der versicherten Reise im Ausland eintreten.

§ 3 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von Ärzten und Zahnärzten verordnet, Arzneimittel zudem aus einer Apotheke bezogen werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (4) Der Versicherer kommt im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel auf, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, sowie für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Eine Herabsetzung der Leistung im letzteren Fall darf jedoch nicht dazu führen, dass weniger erstattet wird als bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel zu erstatten wäre.

- (5) Erstattungsfähig sind die verbleibenden medizinisch notwendigen Aufwendungen zu 100 % für

- a) ambulante ärztliche Heilbehandlung, einschließlich Röntgendiagnostik
- b) Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder und medizinische Packungen und Krankengymnastik. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden
- c) Miete oder Leihe ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese erstmals erforderlich werden, mit Ausnahme von Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräten. Aufwendungen für den Kauf von ärztlich verordneten Hilfsmitteln, die infolge eines Unfalls erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen, sind bis zu insgesamt 150 € je Versicherungsfall erstattungsfähig
- d) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern diese im Rahmen der medizinischen notwendigen Akutversorgung erforderlich ist. Muss eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, stationär behandelt werden, erstatten wir für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr bis 24 Uhr) bei medizinisch notwendiger Aufnahme einer Begleitperson ein Krankenhaustagegeld von 15 €. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet.
- e) notwendigen Transport zur erforderlichen akuten Erstversorgung zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Notfallarzt sowie der gegebenenfalls notwendige Transport von der Erstversorgungseinrichtung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus im jeweiligen Land
- f) schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung. Reparaturen von Zahnersatz sind bis 300 € je Versicherungsfall erstattungsfähig, nicht aber Neuanfertigung von Implantaten, Kronen, Onlays, Inlays, Brücken, Prothesen und Kieferorthopädie. Die auf Grund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles medizinisch notwendigen Aufwendungen für provisorische Zahnkronen und provisorisch herausnehmbaren Zahnersatz sind bis 300 € je Versicherungsfall erstattungsfähig.

- (6) Zusätzliche Leistungen

- a) Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung organisiert den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Der Rücktransport wird auch organisiert, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde.

Keine Leistungspflicht besteht, soweit der Rücktransport nicht durch die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung organisiert wurde. Für den Rücktransport bietet die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung einen 24h-Kontakt an (sh. Nr. 7a).

- b) Wir übernehmen für die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 10.000 € Versicherungsleistung. Aufwendungen für die Bestattung einer versicherten Person im Ausland übernehmen wir bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

(7) Serviceleistungen

- a) Bei Auslandsreisen stellt die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung einen 24h-Kontakt mit wichtigen Leistungen, wie z. B. Kostenübernahme für stationäre Behandlungen, Organisation von Auslandsrücktransporten, Organisation der Überführung bei Tod, Vermittlung und Benennung von deutsch-/englischsprachigen Ärzten/Krankenhäusern, zur Verfügung. Der 24h-Kontakt ist im Ausland mit der jeweils gültigen Vorwahl für Deutschland unter 69 6655533 erreichbar.
 - b) Der Versicherer gibt gegenüber dem Krankenhaus eine Kostenübernahmegarantie ab und übernimmt namens und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenversicherer bzw. sonstigen Dritten, die zur Kostentragung der stationären Behandlung verpflichtet sind.
 - c) Gerät die versicherte Person auf einer Reise in eine schwerwiegende Notlage (z. B. Erkrankung, Unfall), übermittelt der Versicherer auf Wunsch Nachrichten an die der versicherten Person nahe stehenden Personen und übernimmt die dadurch entstehenden Übermittlungskosten.
 - d) Der Versicherer stellt – soweit erforderlich – über einen von ihm beauftragten Arzt den Kontakt zum jeweiligen Hausarzt und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthaltes sorgt er für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten.
- k) Behandlungen und Rücktransporte (einschließlich Überführungen und Bestattungen) wegen der in § 1 (2) genannten Ereignisse, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnosen bereits vor Reiseantritt feststand, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder des Lebenspartners gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde
 - l) Fahrtkosten von der Untersuchung/Behandlung zurück zur Unterkunft und weiteren Fahrtkosten zu Nachbehandlungen
 - m) Hotelkosten und sonstige Unterbringungskosten
 - n) kosmetische Behandlungen/Operationen
 - o) Aufwendungen für die Fortsetzung der Reise bzw. für eine Rückreise, es sei denn, es handelt sich um den von der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung organisierten Rücktransport nach § 3 (6) a).
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Dies gilt auch für Ansprüche auf staatliche Zuschüsse, Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Leistungen anderer Kostenträger.

§ 4 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für

- a) Krankheiten und Folgen sowie für Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war
- b) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse (z. B. durch Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes) oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind

Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist. Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Abs. (1) b).

- c) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen
- d) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung. Nicht ausgeschlossen ist die akute psychische Betreuung nach traumatischen Ereignissen.
- e) sonstige Hilfsmittel, es sei denn, sie sind gemäß § 3 (5) c) erstattungsfähig
- f) Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. bei künstlicher Befruchtung)
- g) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen
- h) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird
- i) Behandlung durch Ehegatten, Personen nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Sachaufwendungen werden erstattet
- j) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsur-schriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise – dazu gehören auch Zahlungsnachweise (Bankbelege, Kreditkartenbelege etc.), Befund- und Behandlungsberichte und Reisezeitraumbestätigungen – erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z. B. den in § 4 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Leistungen vermerkt hat.
- (2) Alle Belege müssen den Namen und die Anschrift des Leistungserbringers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittierungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 4 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzu-reichen.

§ 6 Forderungsansprüche gegen Dritte

- (1) Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt und unbeeinträchtigt. Ansprüche gegenüber einer privaten Krankheitskostenvollversicherung sind ausgeschlossen.
- Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schadensfall meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.
- (2) Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen. Der Versicherungsnehmer kann insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.