

Tarif 3gk1n Auslandsreise-Krankenversicherung

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr. 336506, 12.2021

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung (AVB/AK-3gk1n).

1. Wer kann sich versichern?

Versicherungsfähig sind Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und/oder deutscher Staatsangehörigkeit, die vorübergehend in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, deren bisheriger Wohnsitz außerhalb Deutschlands lag und die während des Aufenthaltes in Deutschland nicht der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 VVG unterliegen.

Die Versicherungsfähigkeit ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Sind für eine Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nicht gegeben, kommt insoweit trotz Beitragszahlung ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz und wo besteht der Versicherungsschutz?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannte Ereignisse, die bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland auftreten. Er leistet Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

Als vorübergehender Aufenthalt in Deutschland gilt auch eine aus Deutschland heraus angetretene vorübergehende Auslandsreise, nicht jedoch in ein Land, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat. Versicherungsschutz für eine vorübergehende Auslandsreise in die Länder, in denen die versicherte Person einen Wohnsitz hat, besteht bis zu einer Dauer von sechs Wochen je Aufenthalt, jedoch nur bei einer Versicherungsdauer von mehr als 365 Tagen.

3. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen und wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Die Versicherung muss auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen Antrag/Überweisungsauftrag beantragt werden (siehe Ziffer 2 AVB/AK-3gk1n)

Der Versicherungsvertrag wird für die im Antrag angegebene Anzahl von Aufenthaltstagen abgeschlossen. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 36 Monate.

Sollte sich die Dauer der Reise wider Erwarten verlängern, kann die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer vor deren Ablauf auf Antrag ausgedehnt werden. Dieser Antrag ist in Textform zu stellen. Dabei besteht jedoch Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung eingetreten sind.

4. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist

- die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen,
- die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten, notfallbedingten Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten,
- Schwangerschaftsvorsorge und Entbindung. Für die Entbindung besteht eine Wartezeit von 8 Monaten,
- ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer Krankenrücktransport sowie der Tod.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

5. Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?

Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Hierzu zählen zum Beispiel Röntgen- und Strahlendiagnostik, Strahlentherapie, chirotherapeutische, physiotherapeutische und osteopathische Behandlungen.

Darüber hinaus leistet der Versicherer für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine

Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wären.

5.1 Erstattet werden die Aufwendungen für:

- Beratungen und Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten,
- Beratungen und Behandlungen durch Heilpraktiker, Osteopathen und Chiropraktiker,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers,
- Arznei- und Verbandmittel nach Verordnung durch einen Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker, Nicht als Arzneimittel gelten, auch wenn sie verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.
- durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete Heilmittel: Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem Unfall, der während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland eingetreten ist – medizinische Bäder, Massagen und Krankengymnastik (letztere bis zu insgesamt 150 Euro),
- f) durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete Hilfsmittel (ohne Sehhilfen und Hörgeräte), die erstmals während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland erforderlich werden,
- g) Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie.
- h) Allgemeine Krankenhausleistungen und bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes werden zusätzlich die Kosten der Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus bzw. deren Unterbringungskosten im Hotel bis zur Höhe der Kosten der Mitaufnahme im Krankenhaus erstattet,
- i) den medizinisch notwendigen Transport durch anerkannte Rettungsdienste (z.B. Kranken-, Unfall-, Rettungswagen oder Rettungshubschrauber) zum und vom nächsterreichbaren zur Behandlung geeigneten Krankenhaus oder zum und vom nächsterreichbaren Notfallarzt zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall. Die Aufwendungen werden ebenfalls übernommen, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Verlegung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus handelt. Erfolgt die Fahrt nicht durch einen Rettungsdienst (z.B. Taxi), ist die Leistung auf einen Rechnungsbetrag von insgesamt 30 Euro je Versicherungsfall begrenzt.
- j) Such-, Rettungs- oder Bergungskosten von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten nach einem Unfall der versicherten Person, wenn im unmittelbaren Anschluss eine stationäre Behandlung stattfindet. Diese Leistungen sind begrenzt auf maximal 2.500 Euro je versicherte Person und Versicherungsfall.
- k) schmerzstillende Zahnbehandlung durch Zahnärzte und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, die Anfertigung von provisorischem Zahnersatz, sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays). Ist die Behandlung aufgrund eines Unfalles notwendig geworden, werden die Aufwendungen für die Neuanfertigung von Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken und Prothesen) zu 50% des Rechnungsbetrages erstattet.
- l) für die Behandlung von akuten Belastungsreaktionen durch Ärzte oder Psychotherapeuten zur Vermeidung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Voraussetzung hierbei ist, dass es sich um die Folge eines während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland eingetretenen Ereignisses (z. B. Naturkatastrophen, Flugzeugabstürze, Eisenbahnunglücke oder Gewaltverbrechen) handelt. Wir erstatten 5 Sitzungen ohne vorherige Kostenzusage. Voraussetzung für die Kostenübernahme von weiteren Sitzungen ist die Kostenzusage durch den Versicherer oder den Notruf-Service.
- m) Kinderbetreuungskosten bei minderjährigen Kindern. Aufwendungen für die Notfallbetreuung vor Ort werden erstattet, wenn alle folgenden Voraussetzungen vorliegen:
 - die mitreisenden minderjährigen Kinder müssen auch beim Versicherer in diesem Tarif versichert sein,
 - der Versicherte wird stationär behandelt, zurücktransportiert oder ist verstorben. Der Aufenthalt im Krankenhaus ist medizinisch

notwendig und fällt nicht unter Ziffer 6 genannte Versicherungsfälle, für die kein Versicherungsschutz besteht.

- c) kein anderer Mitreisender kann die Kinder betreuen,
 d) die Kinderbetreuung wird durch den Notruf-Service organisiert.
 Erstattet werden die Aufwendungen für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes der versicherten Person. Im Falle des Todes werden die Aufwendungen bis zur Rückkehr der Kinder an ihren ständigen Wohnsitz übernommen, auch nachweislich entstandene zusätzliche Rückreisekosten der Kinder werden übernommen.

- 5.2 Bei Heilbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland werden
- Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen übernommen, soweit diese im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Heilpraktiker (GebÜH) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen, erstattet
 - Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger nach den Grundsätzen und im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung erstattet.
 - Aufwendungen für psychologische Psychotherapeuten, sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der GOP bis zu den dort jeweils festgelegten Höchstsätzen erstattet.

5.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bei einer Entbindung bis zu 10.000 Euro; bei der Versorgung von Neugeborenen bis zu 30.000 Euro je Versicherungsfall ersetzt.

5.4 Erstattungsfähig sind die Kosten eines Rücktransports, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles zusätzlich für die Rückkehr in die Länder, in denen die versicherte Person einen Wohnsitz hat, anfallen. Zusätzlich werden die Kosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch sinnvoll ist.

Voraussetzungen sind, dass:

- a) der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine stationäre Behandlung voraussichtlich länger als 14 Tage dauert oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland oder in der Bundesrepublik Deutschland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden,
- b) der Rücktransport an den ständigen (bisherigen) Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgt,
- c) der Rücktransport durch den Versicherer oder den Notruf-Service organisiert werden. Wird weder der Versicherer noch der Notruf-Service mit der Organisation beauftragt, ist die Leistung auf die Kosten begrenzt, die auch bei der Organisation durch den Versicherer oder den Notruf-Service angefallen wären.

5.5 Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort im Ausland oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

5.6 Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Psychotherapeuten, psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei. Verordnungen von Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmitteln können unter den unter 5.1 d, e und f genannten Voraussetzungen erstattet werden.

Bei medizinisch notwendiger, stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

5.7 Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger ganz oder teilweise übernommen, zahlt der Versicherer neben den verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten ein Krankenhaustagegeld. Das Krankenhaustagegeld errechnet sich wie folgt: Höhe der Kostenbeteiligung geteilt durch die Anzahl der Tage der stationären Behandlung, höchstens 30 Euro täglich. Bei stationärer Behandlung kann anstelle jeglicher Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro pro Tag gewählt werden.

6. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

6.1 Kein Versicherungsschutz besteht für:

- a) Behandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung aufgrund einer bereits diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise erfolgen müssen, es sei denn, dass

die Reise wegen des Todes des Ehegatten, Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde. Unerwartete Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bei chronischen Erkrankungen sind hingegen versichert,

- b) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise zum vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland war,
- c) Krankheiten und Unfälle einschließlich ihrer Folgen sowie für Todesfälle während des vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland, die durch Kriegereignisse oder innere Unruhen verursacht worden sind. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland besteht Versicherungsschutz längstens bis zum Ende des 7. Tages nach Bekanntgabe einer amtlichen Reisewarnung wegen kriegerischer Ereignisse oder innerer Unruhen, es sei denn, eine Ausreise ist unverschuldet und nachweislich erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen.
- d) auf Vorsatz, Selbstmord, Selbstmordversuch oder auf Sucht (z. B. Alkohol oder Drogen) beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen,
- e) Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
- f) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Diese Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.
- g) Behandlung durch Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden nach Ziffer 5 erstattet,
- h) eine durch Siechtum oder Pflegebedürftigkeit bedingte Behandlung oder Unterbringung,
- i) Aufwendungen für Schwangerschaftsabbrüche und deren Folgen (bis auf die unter 4. b genannten Versicherungsfälle),
- j) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen. Erstattet werden können diese Behandlungen unter den unter 5.1 I) genannten Voraussetzungen.

6.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

6.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld werden hiervon jedoch nicht berührt.

6.4 Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer dem Versicherer, wird dieser jedoch im Rahmen seiner Verpflichtungen in Vorleistung treten.

7. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag richtet sich nach der jeweils gültigen Beitragstabelle des Versicherers

Alter 0 – 100	Beiträge pro Person und Tag	Beiträge pro Person und Tag	Beiträge pro Person und Tag
	vom 1. bis zum 90. Tag	vom 91. bis zum 365 Tag	ab dem 366.
	1,25 €	2,50 €	5,25 €

Die Beiträge sind gemäß § 4 Absatz 1 Nr. 5 b) VersStG von der Versicherungssteuer befreit.

8. Welche Assistance-Leistungen werden erbracht?

Assistance-Leistungen werden nur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

- a) Benennung von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland,
- b) Organisation des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports aus dem Ausland,
- c) Organisation und Notfallbetreuung von minderjährigen Kindern vor Ort,
- d) medizinische Auskünfte und Ratschläge vor und während Auslandsreisen.

Falls eine Krankenhausbehandlung oder ein Rücktransport erforderlich wird, kümmern wir uns um die Kostenübernahme. Bitte informieren Sie zeitnah vorher unseren Notruf-Service. Unseren 24-Stunden-Notruf-Service erreichen Sie nahezu weltweit sieben Tage die Woche:

Für Anrufe aus dem Ausland: +49 (0) 1805 603600*

* aus dem Ausland: Gesprächsgebühren abhängig vom Reiseland. Aus Deutschland: 14 Cent / Min. aus dem deutschen Festnetz, höchstens 42 Cent / Min. aus Mobilfunknetzen