

**Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung der HanseMerkur Reiseversicherung AG
VB-KV 2011 (Jensch-RK 365)**

§ 1 - Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Personen mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 - Abschluss, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Vertrag muss vor Antritt der Reise für deren gesamte Dauer abgeschlossen werden; geschieht dies nicht, kommt trotz Prämienzahlung kein Vertrag zustande. In diesem Fall steht der gezahlte Betrag dem Absender zu.
2. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 548 Tage.
3. Sofern für die versicherte Person bereits ein Vertrag nach diesem Tarif (RK 365) bestanden hat, ist der Abschluss eines erneuten Vertrages nach diesem Tarif erst nach einer mindestens 2-monatigen Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik Deutschland möglich. Wird dennoch für eine von dieser Regelung betroffene Person die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
4. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer eingeht. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält. Wird die Versicherung auf dem hierfür vom Versicherer vorgesehenen Bankeinzahlungsvordruck beantragt, kommt der Vertrag durch Zahlung der Prämie zustande, sofern die Zahlung eindeutig und vollständige Angaben über Versicherungsbeginn, über das vom Versicherungsnehmer ausgewählte Produkt, sowie die zu versichernden Personen enthält. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller bzw. der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person gemäß § 1 Ziffer 2 die Versicherung beantragt und die Prämie abgebucht, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
5. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur verlängert werden, wenn der Antrag auf Verlängerung vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur vorgelegen hat und diese dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmt.
6. Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle und nur für die Beschwerden, die nach Zustimmung des Versicherers zur Vertragsverlängerung neu eingetreten sind.
7. Der Versicherungsvertrag endet
 - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - b) mit dem Tod der jeweiligen versicherten Person;
 - c) mit der Beendigung der Auslandsreise;
 - d) wenn die Voraussetzungen für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen;
 - e) mit dem Wegzug der versicherten Person aus der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 - Prämie

1. Die Prämie ist eine Einmalprämie und vor Antritt der Reise bei Abschluss des Vertrages zu zahlen.
2. Die zu zahlende Prämie ist der entsprechenden Prämientabelle des Tarifs (RK 365) zu entnehmen.
3. Wird die Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist die HanseMerkur, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
4. Ist die Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

§ 4 - Geltungsbereich, Abschluss, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz

1. besteht für den vertraglich vereinbarten örtlichen Geltungsbereich der versicherten Reise im Ausland. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat;
2. muss vor Antritt der Reise für deren gesamte Dauer abgeschlossen werden; geschieht dies nicht, besteht für die

gesamte Reise kein Versicherungsschutz und die Versicherungsprämie wird zurückgezahlt;

3. beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch
 - a) nicht vor der Ausreise aus dem Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie dem Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat;
 - b) nicht vor Zahlung der Versicherungsprämie (bitte beachten Sie hierzu auch § 3);
4. endet – auch für schwebende Versicherungsfälle - zum vereinbarten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit der Einreise in das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie in das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat;
5. besteht abweichend von Ziffer 4. unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person:
 - Bei Versicherungsverträgen von mindestens sechsmonatiger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal vier Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn.Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 7 Ziffer 1 c).

§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

1. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht 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. Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie Tod.
2. Die HanseMerkur erstattet die während einer Reise im Ausland in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen, ortsüblichen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung infolge von auf der Reise eintretenden Krankheiten und Unfällen. Des Weiteren werden die Mehrkosten für medizinisch notwendige, ärztlich angeordnete Krankenrücktransporte und die Kosten der Überführung oder Bestattung bei Tod erstattet. Im Ausland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte - sofern vorhanden - oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnen.
3. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin in Deutschland überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
4. Werden alle im Ausland angefallenen Heilbehandlungskosten, die unter die Leistungspflicht dieser Bestimmungen fallen, vor Inanspruchnahme der HanseMerkur einem anderen Leistungsträger/Versicherer eingereicht, der sich an der Kostenerstattung beteiligt, zahlt die HanseMerkur über die Kostenerstattung hinaus:
 - a) bei einer stationären Behandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 50,- EUR täglich, maximal für 14 Tage;
 - b) bei ambulanten Behandlungen (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen) zusätzlich einmalig einen Betrag von 25,- EUR pro behandelter Person.

I. Heilbehandlungskosten im Ausland

1. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbrüche;
 - b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
 - c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik;
 - e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - f) Röntgendiagnostik;
 - g) unaufschiebbare stationäre Behandlungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, welche im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt.
 - h) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zurück in die Unterkunft;
 - i) unaufschiebbare Operationen;
 - j) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, sofern diese durch einen Zahnarzt durchgeführt oder verordnet werden.
2. Neugeborene
Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, ersetzt die HanseMerkur bei einer Frühgeburt (in Abweichung von § 1) auch die Kosten der im Ausland notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von 50.000,- EUR. Die Kosten werden ohne eine Entschädigungsgrenze in voller Höhe übernommen, sofern die Versicherungsdauer mindestens 3 Monate beträgt.
3. Nachleistung im Ausland:
Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht (einschl. eines dann evtl. notwendig werdenden Rücktransportes) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.
4. Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder
 - a) Muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstattet die HanseMerkur die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.
 - b) Die HanseMerkur organisiert und bezahlt die Betreuung des minderjährigen Kindes, welches die Reise allein fortsetzen oder abbrechen muss, sofern alle Betreuungspersonen oder die einzige an einer Reise teilnehmende Betreuungsperson des mitreisenden minderjährigen Kindes die Reise aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht planmäßig beenden kann.

II. Krankenrücktransport- / Überführungs- / Bestattungskosten

Die HanseMerkur erstattet

1. die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt wird:
 - a) Der Rücktransport wird vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet und ist medizinisch notwendig und vertretbar. Die Beurteilung eines medizinisch notwendigen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland.
 - b) Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist;
2. die notwendigen Mehrkosten, die im Falle des Ablebens einer versicherten Person durch die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehen;

3. die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

III. Krankenhaustagegeld

Bei Auslandsreisen erhalten versicherte Personen im Falle einer medizinisch notwendigen und vollstationären Heilbehandlung wegen einer während der Auslandsreise eingetretenen Krankheit oder Verletzung, wahlweise anstelle von Kostenersatzleistungen für die stationäre Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld von 50,- EUR pro Tag für maximal 30 Tage ab Beginn der medizinisch notwendigen und vollstationären Behandlung. Das Wahlrecht ist unverzüglich bei Beginn der stationären Behandlung auszuüben.

§ 6 - Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren und für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten 1. Grades unternommen wurde;
 - b) für die bei Vertragsabschluss bzw. bei Abschluss des Anschlussvertrages bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbaren Folgen sowie die für die versicherte Person absehbaren Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsabschluss behandelt worden sind;
 - c) für solche Krankheiten, einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Als vorhersehbar gelten Kriegereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland – vor Reisebeginn – für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht.
 - d) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, es sei denn, dass diese Behandlungen im Anschluss an eine versicherte, vollstationäre Krankenhausbehandlung wegen eines schweren Schlaganfalles, schweren Herzinfarktes oder einer schweren Skeletterkrankung (Bandscheiben-OP, Hüftendoprothese) erfolgt, zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus dient und Leistungen vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden;
 - f) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - g) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eintretenden Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
 - h) für Aufwendungen, die durch Behandlungsmethoden und Arzneimittel entstehen, die weder in der Bundesrepublik Deutschland noch im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind. Hiervon ausgenommen sind Leistungen gemäß § 5 Ziffer 3;
 - i) für Hilfsmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, sofern sie nicht allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - j) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - k) für Behandlungen von Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - l) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - m) für Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - n) für Zahnersatz, Stützprothesen, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen;
 - o) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - p) für Immunisierungsmaßnahmen;
 - q) für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - r) für Selbstmord, Selbstmordversuche und deren Folgen;

- s) für Vorsorgeuntersuchungen;
 - t) für Organspenden und deren Folgen.
2. Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
 - a) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die HanseMerkur arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
 3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, oder übersteigen die Kosten einer Heilbehandlung das ortsübliche Maß, so kann die HanseMerkur ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
 4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, kann der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 7 - Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Obliegenheiten
Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, nach Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalles
 - a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
 - b) der HanseMerkur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen, sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen und auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland einzureichen;
 - c) im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unverzüglich Kontakt zum weltweiten Notfall-Service der HanseMerkur aufzunehmen;
 - d) dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn die HanseMerkur den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.
2. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzung:
Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers / der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 8 - Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Erstattet werden die in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten nach Maßgabe von § 8 Ziffer 8.
2. Als Kostennachweise sind bezahlte Originalbelege einzureichen, die Angaben enthalten müssen über
 - a) den Namen und die Anschrift des Behandlers;
 - b) den Namen der behandelten Person;
 - c) die Krankheitsbezeichnung;
 - d) den Behandlungszeitraum;
 - e) die Art der erbrachten Leistungen.
3. Bei einem ärztlich angeordneten Rücktransport ist zur Prüfung ein Attest des im Ausland behandelnden Arztes über die Notwendigkeit mit einzureichen. Hiervon unberührt bleibt die Notwendigkeit der Abstimmung mit dem Gesellschaftsarzt.
4. Bei einer Überführung bzw. bei einer Bestattung im Ausland sind eine Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung mit Angaben über die Todesursache mit einzureichen.
5. Liegt der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis der HanseMerkur vor und ist die Leistungspflicht der HanseMerkur dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen 2 Wochen zu erfolgen.
6. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens des

Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.

7. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass die HanseMerkur im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung nicht erteilt, und die HanseMerkur hierdurch die Höhe und Umfang des Leistungsumfanges nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der HanseMerkur nicht entbunden werden.
8. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der HanseMerkur eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
9. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 9 - Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMerkur gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Die HanseMerkur wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf die HanseMerkur im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung. Wird diese Obliegenheit verletzt, ergeben sich die Rechtsfolgen aus § 7 Ziffer 2.
3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf die HanseMerkur im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur abzugeben. Wird diese Obliegenheit verletzt, ergeben sich die Rechtsfolgen aus § 7 Ziffer 2.

§ 10 - Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11 - Willenserklärung und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 12 - Anzuwendendes Recht / Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigigt.