

Auslandsreise-Krankenversicherung - Tarif GAKD1-90j

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/GAK-90j).

1. Wer ist versichert?

Versichert ist der Inhaber der Kreditkarte (Hauptversicherter).

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannte Ereignisse, die während einer vorübergehenden Auslandsreise auftreten. Er leistet bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten 90 Tage (maximale Dauer des Versicherungsschutzes) eines jeden Auslandsaufenthaltes innerhalb des Versicherungsjahres. Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von jeweils 365 Tagen ab Aushändigung der Kreditkarte.

4. Wo besteht der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gelten die Bundesrepublik Deutschland sowie die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

5. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit, Schwangerschaftskomplikationen oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gilt auch ein medizinisch notwendiger und ärztlich angeordneter Krankenrücktransport, die Entbindung 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.

6. Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?

6.1 Erstattet werden die Aufwendungen für:

- a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich unaufschiebbarer Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel. Nicht als Arzneimittel gelten, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
- c) ärztlich verordnete Heilmittel bis zu insgesamt 150 EUR je Versicherungsfall: Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie sowie - nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall - medizinische Bäder und Massagen;
- d) ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden, bis zu insgesamt 150 EUR je Versicherungsfall;
- e) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- f) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- g) den medizinisch notwendigen Transport in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall;
- h) schmerzstillende Zahnbehandlung und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays) bis zu insgesamt 300 EUR je Versicherungsfall.

6.2 Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.

Zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Mehrkosten sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich anfallen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden von der Versicherungsleistung abgezogen.

- 6.3 Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.
- 6.4 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.
- 6.5 Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger 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 EUR täglich. Anstelle jeglicher Kostenerstattung bei stationärer Behandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR pro Tag gewählt werden.

7. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

7.1 Kein Versicherungsschutz besteht für:

- a) Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- c) Gesundheitsschäden und für Todesfälle, die durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen verursacht worden sind; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen ins Ausland überraschend von diesen Ereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz entfällt am Ende des 7. Tages nach Beginn eines kriegerischen Ereignisses oder einer inneren Unruhe auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält;
- 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 Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- g) Behandlung durch Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden nach Ziffer 6 erstattet;
- h) Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- i) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- j) Aufwendungen für nicht unfallbedingte Hilfsmittel, z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen, Prothesen.

7.2. 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.

7.3. 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 der versicherten Person auf Krankenhaustagegeld werden hiervon jedoch nicht berührt.

Gültig ab 01.01.2009