

## Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen der HanseMerkur Reiseversicherung AG in Verbindung mit der ÖGER-Card (Ö-Card) (Kurzbezeichnung: VB-ÖC 2005)

### Allgemeiner Teil gültig für alle im Teil B genannten Versicherungen

**§ 1 – Versicherte Personen** 1. Versichert ist der Inhaber einer gültigen Ö-Card bis zur Vollerfüllung des 75. Lebensjahres. 2. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die: a) dauernd pflegebedürftig sind, sowie Geistesranke; pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Bauarbeiter oder als Sportler ausüben, sofern die Reise beruflichen Zwecken dient.

**§ 2 – Geltungsbereich** 1. Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Reisen ins Ausland, die über die Öger-Unternehmensgruppe gebucht, von dieser auch durchgeführt und von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden, sofern die im Teil B aufgeführten Besonderen Bedingungen keine abweichenden Regelungen enthalten. 2. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat. Hinweis: Darüber hinaus ist der Geltungsbereich der einzelnen Versicherungen im Teil B zu beachten.

**§ 3 – Beginn und Ende des Versicherungsschutzes Der Versicherungsschutz.** 1. beginnt generell mit der Beantragung der Ö-Card, sofern der Kartenvertrag wirksam zustande kommt. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. 2. endet zum Zeitpunkt der Beendigung des Kartenvertrages, bzw. mit Ablauf des Gültigkeitszeitraumes der Ö-Card, in der Auslandsreise-Krankenversicherung bereits mit Vollerfüllung des 75. Lebensjahres der versicherten Person. 3. endet mit dem Tod des Hauptkarteninhabers . Hinweis: Darüber hinaus sind die Bestimmungen über Beginn und Ende des jeweiligen Versicherungsschutzes in Teil B zu beachten.

**§ 4 – Allgemeine Einschränkung des Versicherungsschutzes** Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Krieg, Bürgerkrieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Terroranschläge, Asbest, Streik, Kernenergie und Strahlenenergie, Beschlagnahme, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand. Hinweis: Darüber hinaus sind die Einschränkungen des Versicherungsschutzes für die einzelnen Versicherungen im Teil B zu beachten.

**§ 5 – Zahlung der Entschädigung/ Versicherungsleistung** 1. Liegt der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis dem zuständigen Versicherer vor und ist die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung/Versicherungsleistung binnen zwei Wochen zu erfolgen. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruchs durch den zuständigen Versicherer infolge eines Verschuldens der versicherten Person gehindert sind. 2. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. 3. Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Verfahren gegen die versicherte Person eingeleitet worden, so kann der zuständige Versicherer bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren die Regulierung des Schadens aufschieben. 4. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden nach der Maßgabe des Referenzkurses EuroFX (Geldkurs) an dem Tag in Euro umgerechnet, an dem die Belege bei der HanseMerkur eingehen. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“. Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden. Hinweis: Darüber hinaus sind die Hinweise zur Zahlung der Entschädigungsleistung der einzelnen Versicherungen im Teil B zu beachten.

**§ 6 – Prämie** Die Zahlung der Prämie für diese Versicherungen übernimmt ÖGER TOURS. Das Nichtbezahlen der fälligen Jahreskartengebühr führt zum Verlust des Versicherungsschutzes.

**§ 7 – Allgemeine Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles und Folgen von Obliegenheitsverletzungen** 1. Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenhöhung führen könnte. b) den Schaden der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen. c) der HanseMerkur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen, ggf. behandelnde Ärzte und andere Versicherer von ihrer Schweigepflicht zu entbinden sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen. d) der HanseMerkur Nachweise über die Bezahlung der gebuchten Reiseleistungen einzureichen. 2. Verletzt die versicherte Person eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt die HanseMerkur insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung und den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat. Hinweis: Darüber hinaus sind die jeweiligen besonderen Obliegenheiten für die im Teil B genannten Versicherungen zu beachten.

**§ 8 – Verwirklichungsgründe, Klagefrist, Verjährung** 1. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn: a) die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeiführt hat. b) die versicherte Person den jeweiligen Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind. 2. Die Leistungspflicht entfällt auch, wenn eine Erstattung abgelehnt wurde und der Anspruch auf Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der zuständige Versicherer den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt und die Ablehnung begründet hat. 3. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch der versicherten Person bei dem zuständigen Versicherer angemeldet worden, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers bei der Fristberechnung nicht mit.

**§ 9 – Rechte im Schadenfall** Die Rechte im Schadenfall kann nur der Inhaber der gültigen Ö-Card gegenüber dem Versicherer geltend machen.

**§ 10 – Aufrechnung** Der Kreditkarteninhaber kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

**§ 11 – Anzeigen und Willenserklärungen** Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsver-mittler nicht bevollmächtigt.

**§ 12 – Ansprüche gegen Dritte** Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.

**§ 13 – Gerichtsstand / Anzuwendendes Recht / Sprache** Vertragssprache ist Deutsch. Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gegen die HanseMerkur können

bei dem für den Geschäftssitz des Versicherers örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Geschäftssitz und damit Gerichtsstand ist Hamburg. Es kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, wo der Vertrag vermittelt oder abgeschlossen wurde.

**§ 14 – Aufsichtsbehörde und Beschwerdestellen** Die zuständige Aufsichtsbehörde für die jeweiligen Versicherer ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Strasse 108, 53117 Bonn. Sollten Sie mit einer Leistung oder Entscheidung eines der Versicherer nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte direkt an den Versicherer. Die Versicherer sind Mitglieder im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Die Anschrift des Versicherungsombudsmanns lautet: Auslands-Reisekrankenversicherung, Ombudsmann, Private Kranken- und Pflegeversicherung, Leipziger Str. 104, 10117 Berlin,Telefon: 0180/255 04 44, Fax: 030/20 45 27 85, E-Mail: postmaster@pkv.de

Beschwerden können aber auch an die für den Versicherer zuständige oben genannte Aufsichtsbehörde gerichtet werden.

**§ 15 – Überschussbeteiligung** Die im Besonderen Teil B genannten Versicherungen sind nicht überschussberechtigt.

## Auslandsreise-Krankenversicherung (unabhängig vom Karteneinsatz)

**§ 1 – Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes** 1. Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz für unvorhergesehene akut eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt bei Eintritt des Versicherungsfalles im Ausland Ersatz von Aufwendungen in Höhe der ortsüblichen Kosten für: a) Heilbehandlung; b) sonstige Leistungen gemäß § 3; c) medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus; d) Überführungen oder Bestattungen. Für weiterführende Behandlungen innerhalb Deutschlands werden keine Leistungen gewährt. 2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen akut auftretender 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 ausgehend werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Tod. 3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

**§ 2 – Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes** 1. **Dauer.** Versicherungsschutz besteht für die ersten 31 Tage aller vorübergehenden Reisen ins Ausland, die über die Öger-Unternehmensgruppe gebucht, von dieser auch durchgeführt und von der versicherten Person nach Vertragsbeginn angetreten werden. Konkret beginnt der Versicherungsschutz mit dem Verlassen der Bundesrepublik Deutschland oder des Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen gemeldeten Wohnsitz hat, sofern der Beginn der Reise nicht vor der Beantragung der Ö-Card liegt. Bei einer Reise ins Ausland über einen Zeitraum von 31 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 31 Tage des Auslandsaufenthaltes. 2. **Ende.** Der Versicherungsschutz endet – auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle – : a) mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes, d. h. bei Wiedereinreise in die Bundesrepublik Deutschland oder in das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen gemeldeten Wohnsitz hat. b) spätestens mit Ablauf der ersten 31 Tage eines Auslandsaufenthaltes; c) mit Vollerfüllung des 75. Lebensjahres der versicherten Person; d) mit Ablauf der Gültigkeitsdauer der Ö-Card.

**§ 3 – Umfang der Leistungspflicht 1. Heilbehandlungskosten.** Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen, ortsüblichen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. 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. 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. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten: a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburts sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche; b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr-, Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate); c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen; d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt max. 300,- EUR je Reise; 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, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Anstelle von Kostenersatz kann ein Krankenhaustagegeld von 30,- EUR pro Tag beansprucht werden; h) Transport zum für die Behandlung geeigneten nächst erreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück in die Unterkunft; i) unaufschiebbare Operationen; j) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz. 2. **Krankenhaustagegeld.** Für mitversicherte Kinder wird bis zum Alter von 10 Jahren bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung (im Rahmen von § 3 Nr. 1 Buchst. g) zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 30,- EUR täglich, längstens für 21 Tage, gezahlt. 3. **Rücktransport.** Ist ein Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus an den gemeldeten Wohnsitz der versicherten Person nach Abstimmung unseres Gesellschaftsarztes mit dem behandelnden Arzt vor Ort im Ausland medizinisch notwendig, so wird der Transport von unserem Gesellschaftsarzt angeordnet. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende, medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Der Versicherer übernimmt die Kosten für den veranlassenen Rücktransport sowie die Kosten für eine Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist. 4. **Überführung.** Der Versicherer erstattet im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen

an dessen ständigen Wohnsitz entstehenden Kosten. 5. **Bestattung im Ausland.** Der Versicherer erstattet die Kosten einer Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären. Die Kosten für die Grabstelle, den Grabstein und die Trauerfeier zählen nicht zu den erstattungsfähigen Kosten. 6. **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 und/oder wird ein Rücktransport medizinisch notwendig, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht bis zu einer Dauer von 3 Monaten weiter.

### § 4 – Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht a) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren; b) 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; c) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse, oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht werden und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind; d) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen; e) für Kur- und Sanatoriumbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen; f) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren; g) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort einleitenden 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; 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 durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet: l) für eine durch Sיעחמ, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung; m) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung; n) für Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen; o) für Immunsierungsmaßnahmen; p) für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane; q) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen; r) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen; s) für Medikamente, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, bei denen es sich um Nähr-, Stärkungs- sowie kosmetische Präparate handelt. 2. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, 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, kann der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

**§ 5 – Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen** Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem Vertrag vor. Wird der Versicherer zuerst der HanseMerkur gemeldet, tritt diese in Vorleistung. Ergänzend gilt § 12 Teil A der VB-ÖC 2005.

**§ 6 – Auszahlung der Versicherungsleistungen** 1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind: a) Originalbelege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungen-Zweitschriften; b) Rezepte sind zusammen mit der Anrechnung, Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen; c) Bei Anspruch auf Krankenhaustagegeld ist eine Bescheinigung des Krankenhauses über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie das Aufnahme- und Entlassungsdatum enthält; d) Nachweis über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden; ferner ist eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports vorzulegen; e) eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen. 2. Der Versicherer ist berechtigt, an den Bringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, er hatte begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders. 3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen der versicherten Person besondere Überweisungsformen wählt. 4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

**§ 7 – Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles** (Ergänzung zu den im Teil A § 7 aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten) 1. Die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. 2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. 3. Dem Versicherer ist auf Verlangen folgende Ermächtigung über die Entbindung von der Schweigepflicht zu erteilen: Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassenen Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. 4. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. 5. Die versicherte Person ist verpflichtet, im Falle eines Rücktransportes, einer stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, unverzüglich Kontakt zum weltweiten Notruf-Service des Versicherers aufzunehmen.

**§ 8 – Folgen von Obliegenheitsverletzungen** 1. Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 7 genannten Obliegenheiten verletzt wird. 2. Solange die in § 7 Nr. 3 und 4 genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, ruht die Leistungspflicht des Versicherers.