

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte unseres Versicherungsproduktes. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

MAWISTA Expatcare Classic (weltweit exklusive USA / Kanada) ist ein Versicherungs-Paket und beinhaltet folgende Leistungen: Krankenversicherung und Medizinische Assistance.



Was ist versichert?

Krankenversicherung und Medizinische Assistance

Welche Ereignisse sind versichert?

- ✓ Krankheit oder Unfall
- ✓ Schwangerschaft und Entbindung (nach einer Wartezeit von acht Monaten)

Was wird ersetzt?

- ✓ Kosten für ambulante Behandlung durch einen Arzt
- ✓ Kosten für stationäre Behandlung im Krankenhaus
- ✓ Kosten für schmerzstillende Zahnbehandlung
- ✓ Unfallbedingte Hilfsmittel
- ✓ Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport in das Ihrem Wohnort nächstgelegene, geeignete Krankenhaus sowie im Todesfall die Überführungskosten

Im Rahmen der Medizinischen Assistance: Hilfe bei persönlichen Notfällen (Krankheit, Unfall und Tod) und Organisation des Kranken-Rücktransports mit medizinisch adäquaten Mitteln, sobald dies medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.



Was ist nicht versichert?

Krankenversicherung und Medizinische Assistance

- x Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für den Aufenthalt sind oder deren Notwendigkeit Ihnen vor Reiseantritt oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt war oder mit denen Sie nach den Ihnen bekannten Umständen rechnen mussten
- x Behandlungen von Schwangerschaften, die bereits vor Versicherungsbeginn eingetreten sind
- x Behandlungen von Schwangerschaften innerhalb der ersten acht Monate nach Versicherungsbeginn (Wartezeit)
- x Zahnersatz
- x Sehhilfen
- x Psychotherapie
- x Vorsorgeuntersuchungen



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Krankenversicherung und Medizinische Assistance

- ! Schmerzstillende Zahnbehandlung: höchstens € 500,-
- ! Heilmittel (z. B. Massage- und Fango-Behandlungen sowie Lymphdrainagen): höchstens 8 Behandlungen
- ! Unfallbedingte Hilfsmittel: € 250,-
- ! Überführungskosten maximal € 25.000,-



Wo bin ich versichert?

- ✓ Für Personen mit Heimatland Deutschland gilt der Versicherungsschutz weltweit für den vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Deutschlands, für Aufenthalte in USA / Kanada jedoch nur für maximal 42 Tage je Versicherungsjahr. Außerdem besteht Versicherungsschutz in Deutschland bei einer Unterbrechung des Aufenthalts bis zu drei Monate je Versicherungsjahr.
- ✓ Für Personen mit Heimatland außerhalb Deutschlands gilt der Versicherungsschutz für den vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland, außerdem weltweit bei einer Unterbrechung des Aufenthalts bis zu drei Monate je Versicherungsjahr, für Aufenthalte in USA / Kanada jedoch nur für maximal 42 Tage je Versicherungsjahr.
- ✓ Generell sind Reisen in Gebiete, für die zum Zeitpunkt der Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes der Bundesrepublik Deutschland besteht, vom Versicherungsschutz ausgenommen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie sind verpflichtet, uns Schadenfälle unverzüglich anzuzeigen.

Krankenversicherung und Medizinische Assistance

- Bei schweren Verletzungen oder Krankheiten, insbesondere vor Klinikaufenthalten, müssen Sie sich unverzüglich an uns wenden.



Wann und wie zahle ich?

Die Prämie ist erstmalig mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig und monatlich im Voraus zu zahlen. Die Prämienzahlung kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z. B. SEPA-Lastschrift oder Kreditkarte) erfolgen. Bei Vertragslaufzeiten von mehr als einem Monat sind die Folgeprämien jeweils zum 1. des neuen Monats fällig.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Antragsstellung, nicht vor Grenzübertritt und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.

Der Versicherungsschutz endet mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit der Beendigung des versicherten Aufenthalts.

Der Versicherungsvertrag kann für jeweils volle Monate vereinbart werden, maximal für 60 Monate.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag täglich zum Monatsende kündigen.

Dokumente zur Versicherungspolice

Die abgeschlossene Versicherung ist auf der Versicherungspolice dokumentiert!



Die Leistungen im Überblick

MAWISTA Expatcare – Tarif Classic

- Krankenversicherung
- Medizinische Assistance

Wir sind für Sie da

Hilfe im Notfall

Bei Notfällen ist die Assistance für Sie da. Unser 24-Stunden-Notfall-Service bietet Ihnen rund um die Uhr schnelle und fachkundige Hilfe weltweit!

Telefon: +49.89.6 24 24-496

Wichtig für Hilfe im Notfall:

- Halten Sie die genaue Anschrift und Telefonnummer Ihres derzeitigen Aufenthaltsorts bereit.
- Notieren Sie sich die Namen Ihrer Ansprechpartner wie z. B. Arzt, Krankenhaus, Polizei.
- Schildern Sie möglichst genau den Sachverhalt und halten Sie alle notwendigen Angaben bereit.

Schadenmeldung

Schnell, bequem und rund um die Uhr melden Sie uns Ihren Schaden unter:

www.mawista.com/schaden-melden

alternativ auch per Post an die Schadenabteilung MAWISTA (Adresse siehe rechts)

Beschwerde, anwendbares Recht, Widerruf

Beschwerdehinweis:

Unser Ziel ist es, erstklassige Leistungen zu bieten. Ebenso ist es uns wichtig, auf Ihre Anliegen einzugehen. Sollten Sie einmal mit unseren Produkten oder unserem Service nicht zufrieden sein, teilen Sie uns dies bitte direkt mit.

Sie können uns Ihre Beschwerden zu Vertrags- oder Schadenfragen auf jedem Kommunikationsweg zukommen lassen. Telefonisch erreichen Sie uns unter +49.89.6 24 24-460, schriftlich per E-Mail an beschwerde-reise@allianz.com bzw. per Post an AWP P&C S.A., Beschwerdemanagement, Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim (bei München). Nähere Informationen zu unserem Beschwerdeprozess finden Sie unter www.allianz-reiseversicherung.de/beschwerde. An Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle nehmen wir nicht teil.

Für Beschwerden aus allen Versicherungssparten können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, D - 53117 Bonn, wenden (www.bafin.de).

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Klagen aus dem Versicherungsvertrag können vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person bei dem Gericht des Geschäftssitzes oder der Niederlassung des Versicherers erhoben werden. Ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine natürliche Person, so können Klagen auch vor dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Widerrufsrecht für Verträge mit einer Laufzeit von einem Monat oder mehr:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr (§ 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) beginnt die Frist jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

AWP P&C S.A., Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim (bei München), Telefax + 49.89.6 24 24-244, E-Mail: service-reise@allianz.com

Inhaltsverzeichnis

Datenschutzhinweise und Hinweise für den Schadenfall	2
Versicherungsbedingungen	3
Allgemeine Bestimmungen	3
Krankenversicherung	3
Medizinische Assistance	4
MAWISTA Expatcare – Versicherungsleistungen auf einen Blick / Tariftabelle	5

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise

Geltungsbereich: siehe § 2 VB AB 20 MEX

Maximale Versicherungsdauer: Die Versicherungen gelten für den vereinbarten Zeitraum, maximal sind 60 Monate möglich.

Versicherungsfähige Personen: Versicherungsfähig sind Personen bis zu einem Alter von 75 Jahren.

Abschlusshinweise: Der Vertrag beginnt mit dem in der Versicherungspolice bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Antragstellung, nicht vor Beginn des versicherten Auslandsaufenthaltes und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten. Wartezeiten rechnen ab Versicherungsbeginn. **Wird der Vertrag nach Antritt des vorübergehenden Aufenthalts und nicht vor Ablauf eines Versicherungsvertrages mit Geltung ab Antritt des vorübergehenden Aufenthalts abgeschlossen, besteht eine Wartezeit von 14 Tagen ab Versicherungsbeginn.**

Versicherungsschutz besteht nur für die namentlich auf der Versicherungspolice aufgeführte Person. Die Prämie ist erstmalig mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig und monatlich im Voraus zu zahlen. Die Prämienzahlung kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z. B. SEPA-Lastschrift oder Kreditkarte) erfolgen. Falls der Versicherer ermächtigt wurde, die Prämie dem gewählten Zahlungsmittel zu belasten, gilt die Zahlung als erfolgt, wenn zum Zeitpunkt des Prämieinzugs Deckung auf dem vom Versicherungsnehmer genannten Zahlungsmittel besteht. Die Höhe der Prämie richtet sich in der Regel nach dem ausgewählten Versicherungsschutz und der Laufzeit des Vertrages.

Tritt der Versicherungsfall ein, müssen wir nur leisten, wenn die Prämie bezahlt ist oder wenn Sie als Versicherungsnehmer kein Verschulden daran trifft, dass die Prämie nicht gezahlt wurde. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen werden von AWP P&C S.A. (Allianz Partners) nach Maßgabe der nachstehenden Versicherungsbedingungen geboten. Mündliche Vereinbarungen sind unwirksam. Die Versicherungssteuer ist in den Prämien enthalten. Gebühren werden nicht erhoben. Maßgebend für den Versicherungsumfang sind die in der Versicherungspolice dokumentierten Prämien und Leistungsbeschreibungen.

AWP P&C S.A.
Niederlassung für Deutschland
Bahnhofstraße 16
D - 85609 Aschheim (bei München)

Hauptbevollmächtigter: Jacob Fuest
Registergericht: München HRB 4605
USt.-IdNr.: DE 129274528

AWP P&C S.A.
Aktiengesellschaft französischen Rechts
Sitz der Gesellschaft: Saint-Ouen (Frankreich)
Handelsregister: R.C.S. Bobigny 519 490 080
Vorstandsvorsitzende: Sirma Boshnakova

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich um den anteilig nach Tagen berechneten Betrag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise:

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihre AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland

Datenschutzhinweise

Entsprechend Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte geben Sie diese Hinweise allen mitverscherten Personen (z. B. Ehepartner) zur Kenntnis.

I Wer ist für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich?

Für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich ist

AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland
Bahnhofstraße 16
D - 85609 Aschheim (bei München).

Der Datenschutzbeauftragte ist per Post zu erreichen unter der obenstehenden Anschrift mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter datschutz-azpde@allianz.com.

II Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

1.) Was gilt für alle Kategorien von personenbezogenen Daten?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO.

Daneben gibt es in Art. 6 Abs. 1 a) und c) – f) DSGVO weitere gesetzlich vorgesehene Möglichkeiten, die uns zur Verarbeitung berechtigen.

Wir verarbeiten Ihre Daten zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung gemäß Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO, z. B. zur Prüfung von Ausgleichsansprüchen, wenn wir von einem anderen Versicherer aufgrund einer bestehenden Mehrfachversicherung in Anspruch genommen werden.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren, Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO. Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Wir verarbeiten in der Regel nur Daten, die wir direkt von Ihnen erhalten haben. In Einzelfällen (z. B. wenn uns ein anderer Versicherer bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung in Anspruch nimmt) erhalten wir diese von Dritten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen, wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Wir können Ihre Daten gemäß Art. 6 Abs. 1 d) DSGVO auch verarbeiten, um Ihre lebenswichtigen Interessen zu schützen oder wenn Sie in die Verarbeitung einwilligen, Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

2) Was gilt für besondere Kategorien von personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten?

Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten gehören, unterliegt besonderem Schutz. Die Verarbeitung ist in der Regel nur zulässig, wenn Sie gemäß Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO in die Verarbeitung einwilligen oder eine der übrigen gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten vorliegt, Art. 9 Abs. 2 b) – j) DSGVO.

a) Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten besonderer Kategorien

In vielen Fällen benötigen wir zur Prüfung des Leistungsanspruchs personenbezogene Daten, die einer besonderen Kategorie angehören (sensible Daten). Dies sind z. B. Gesundheitsdaten. Indem Sie uns anlässlich eines konkreten Versicherungsfalles solche Daten verbunden mit der Bitte um Prüfung und Schadenbearbeitung mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen sensiblen Daten verarbeiten. Hierauf weisen wir Sie nochmals und gesondert im Formular zur Schadenmeldung hin.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass dann die Leistungspflicht aus dem Versicherungsfall evtl. nicht geprüft werden kann. Ist die Prüfung des Schadenfalles bereits abgeschlossen, können z. B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten dazu führen, dass die Daten nicht gelöscht werden.

Ihre sensiblen Daten dürfen wir auch dann verarbeiten, wenn dies zum Schutz Ihrer lebenswichtigen Interessen erforderlich ist und Sie aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande sind, Ihre Einwilligung abzugeben, Art. 9 Abs. 2 c) DSGVO. Das kann zum Beispiel bei schweren Unfällen während der Reise der Fall sein.

Werden wir bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung von einem anderen Versicherer in Anspruch genommen oder nehmen wir einen anderen Versicherer in Anspruch, dürfen wir Ihre sensiblen Daten zur Geltendmachung und zur Verteidigung des gesetzlichen Ausgleichsanspruches verarbeiten, Art. 9 Abs. 2 f) DSGVO.

b) Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für alle Stellen, die der Schweigepflicht unterliegen und Angaben zur Prüfung der Leistungspflicht machen müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch uns einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an uns einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

III An welche Empfänger leiten wir Ihre Daten weiter?

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können sein: ausgewählte externe Dienstleister (z. B. Assistance-Dienstleister, Leistungsbearbeiter, Transportleistungserbringer, technische Dienstleister usw.) sowie andere Versicherer (z. B. bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung).

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadenanträge an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Treten Sie als versicherte Person einem Gruppenversicherungsvertrag bei (z. B. im Rahmen eines Kreditkarten-Erwerbs), können wir Ihre personenbezogenen Daten an den Versicherungsnehmer (z. B. Kreditinstitut) weiterleiten, wenn dieser ein berechtigtes Interesse hat.

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Die Weiterleitung der Daten ist eine Form der Verarbeitung und erfolgt ebenfalls im Rahmen der in Art. 6 Abs. 1 und Art. 9 Abs. 2 DSGVO genannten Grundlagen.

IV Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, z. B. nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches, der Abgabenordnung oder des Geldwäschegesetzes. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

V Wo werden Ihre Daten verarbeitet?

Sollten wir Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung innerhalb des Allianz-Konzerns auf Grundlage von verbindlichen Unternehmensvorschriften, der sogenannten „Binding Corporate Rules“, die von den Datenschutzbehörden genehmigt wurden. Diese sind Teil des „Allianz Privacy Standard“. Diese Unternehmensvorschriften sind für alle Unternehmen der Allianz Gruppe verbindlich und stellen einen angemessenen Schutz von persönlichen Daten sicher. Der „Allianz Privacy Standard“ sowie die Liste der Unternehmen der Allianz Gruppe, die diesen einhalten, kann hier aufgerufen werden: <https://www.allianz-partners.com/allianz-partners---binding-corporate-rules-.html>.

In den Fällen, in denen der „Allianz Privacy Standard“ nicht anwendbar ist, erfolgt die Übermittlung in Drittländer entsprechend der Art. 44 – 50 DSGVO.

VI Welche Rechte haben Sie?

Sie haben das Recht über die bei uns gespeicherten Daten Auskunft zu erhalten sowie unrichtige Daten berichtigen zu lassen. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie außerdem das Recht auf Löschung, das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Widerspruchsrecht

Sie können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Wenn Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren möchten, können Sie sich an den oben genannten Datenschutzbeauftragten wenden. Für Sie besteht außerdem ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde.

Allgemeine Hinweise für den Schadenfall

Was ist in jedem Schadenfall zu tun?

Der Versicherte hat den Schaden möglichst gering zu halten und nachzuweisen. Sichern Sie deshalb in jedem Fall bitte geeignete Nachweise zum Schadeneintritt (z. B. Schadenbestätigung, Attest) und zum Umfang des Schadens (z. B. Rechnungen, Belege).

Wie verhalten Sie sich bei Krankheit, Verletzung oder anderen Notfällen während der Reise? (Krankenversicherung / Medizinische Assistance)

Wenden Sie sich bei schweren Verletzungen oder Krankheiten, insbesondere vor Klinikaufenthalt, bitte unverzüglich an die Assistance, damit adäquate Behandlung sichergestellt und notfalls der Rücktransport veranlasst werden kann. Für die Erstattung Ihrer vor Ort verauslagten Kosten reichen Sie bitte **Originalrechnungen und / oder -rezepte** ein.

Wichtig: Aus den Rechnungen müssen der Name der behandelten Person, die Bezeichnung der Erkrankung, die Behandlungsdaten und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit den entsprechenden Kosten hervorgehen. Rezepte müssen Angaben über die verordneten Medikamente, die Preise und den Stempel der Apotheke enthalten.

Bedingungen der AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland

Allgemeine Bestimmungen

VB AB 20 MEX

Die nachstehenden Regelungen unter §§ 1 bis 11 sowie die daran anschließend abgedruckten Versicherungsbedingungen gelten für alle MAWISTA Expatcare Versicherungsprodukte.

§ 1 Wer ist versichert?

1. Versicherungsfähig sind Personen bis zu einem Alter von 75 Jahren.
2. Nicht versicherungsfähig sind Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel für Deutschland, die unter Berücksichtigung von gleichartigen Versicherungsverträgen mit anderen Versicherern einen Zeitraum von 60 Monaten überschritten haben.

§ 2 Welchen Geltungsbereich hat die Versicherung?

1. Was gilt für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland und vorübergehendem Aufenthalt im Ausland?

a) Bei Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland gilt die Versicherung für den vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Deutschlands in dem vereinbarten Tarifbereich gemäß Versicherungspolice (versicherter Auslandsaufenthalt).

Hinweis: Die Prüfung, ob die Versicherung den gesetzlichen Bestimmungen des Aufenthalts- oder Wohnsitzlandes genügt, obliegt der versicherten Person.

b) Für urlaubs- oder berufsbedingte Unterbrechungen des versicherten Auslandsaufenthalts besteht auch in Deutschland bis zu einer Dauer von drei Monaten pro Versicherungsjahr Versicherungsschutz.

2. Was gilt für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb Deutschlands für den vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland?

a) Bei Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb Deutschlands gilt die Versicherung für den vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland (versicherter Auslandsaufenthalt).

Hinweis: Die versicherte Person ist verpflichtet, selbst zu prüfen, ob sie der Krankenversicherungspflicht in Deutschland unterliegt. Für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland besteht (bis auf einige Ausnahmen) eine Versicherungspflicht gemäß § 193 Abs. 3 VVG. Diese Versicherung erfüllt nicht die Versicherungspflicht in Deutschland bei gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland.

b) Für urlaubs- oder berufsbedingte Unterbrechungen des versicherten Aufenthaltes in Deutschland besteht weltweit Versicherungsschutz bis zu einer Dauer von drei Monaten pro Versicherungsjahr (Ausnahme: USA / Kanada, siehe hierzu Nr. 3.).

3. In Tarifen ohne USA / Kanada besteht Versicherungsschutz für Aufenthalte in USA / Kanada für maximal 42 Tage pro Versicherungsjahr.

§ 3 Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

Der Versicherungsschutz

1. beginnt mit dem in der Versicherungspolice bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Antragsstellung, nicht vor Beginn des versicherten Auslandsaufenthaltes und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten. Wartezeiten rechnen ab Versicherungsbeginn. Wird der Vertrag nach Antritt des vorübergehenden Aufenthalts und nicht vor Ablauf eines Versicherungsvertrages mit Geltung ab Antritt des vorübergehenden Aufenthalts abgeschlossen, besteht eine Wartezeit von 14 Tagen ab Versicherungsbeginn. Bei Unfall besteht abweichend hiervon Versicherungsschutz ab Versicherungsbeginn.

2. endet mit dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch spätestens mit der Beendigung des versicherten Auslandsaufenthaltes oder mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1.

3. kann auf Antrag vor Ablauf der ursprünglichen Vertragslaufzeit unter Vorbehalt der Zustimmung durch den Versicherer bis zu insgesamt max. 60 Monaten verlängert werden.

§ 4 Welche Laufzeit hat der Vertrag und wann ist die Prämie zu zahlen?

1. Der Versicherungsvertrag kann für jeweils volle Monate vereinbart werden, maximal für 60 Monate.
2. Der Versicherungsvertrag kann vom Versicherungsnehmer täglich zum Monatsende gekündigt werden.
3. Die Prämie ist erstmalig mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig und monatlich im Voraus zu zahlen. Die Prämienzahlung kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z. B. SEPA-Lastschrift oder Kreditkarte) erfolgen. Ist die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Falls der Versicherer ermächtigt wurde, die Prämie dem gewählten Zahlungsmittel zu belasten, gilt die Zahlung als erfolgt, wenn zum Zeitpunkt des Prämieinzugs Deckung auf dem vom Versicherungsnehmer genannten Zahlungsmittel besteht.
4. Bei Vertragslaufzeiten von mehr als einem Monat sind die Folgeprämien jeweils zum 1. des neuen Monats fällig. Falls der Versicherer ermächtigt wurde, die Prämie dem gewählten Zahlungsmittel zu belasten, gilt die Zahlung als erfolgt, wenn zum Zeitpunkt des Prämieinzugs Deckung auf dem vom

Versicherungsnehmer genannten Zahlungsmittel besteht. Ist die Folgeprämie zu diesem Termin nicht bezahlt, kann der Versicherer in Textform eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Tritt nach Ablauf der Frist ein Schadenfall ein und ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der Folgeprämie noch in Verzug, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Der Versicherer kann den Vertrag fristlos kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist noch mit der Zahlung in Verzug ist. Wird die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder dem Ablauf der Zahlungsfrist nachgeholt, entfällt die Wirkung der Kündigung und der Vertrag tritt wieder in Kraft. Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

§ 5 In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

Nicht versichert sind

1. Schäden durch Streik, Kernenergie und sonstige Eingriffe von hoher Hand sowie Schäden in Gebieten, für welche das Auswärtige Amt eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Befindet sich eine versicherte Person zum Zeitpunkt der Bekanntgabe einer Reisewarnung vor Ort, endet der Versicherungsschutz 14 Tage nach Bekanntgabe der Reisewarnung; der Versicherungsschutz dauert trotz der Reisewarnung fort, wenn sich die Beendigung der Reise aus Gründen verzögert, welche die versicherte Person nicht zu vertreten hat.
2. Schäden durch Krieg oder kriegsähnliche Ereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Schaden sich in den ersten 14 Tagen nach Beginn der Ereignisse ereignet; der Versicherungsschutz dauert jedoch fort, wenn sich die Beendigung der Reise aus Gründen verzögert, welche die versicherte Person nicht zu vertreten hat. Dies gilt nicht bei Aufenthalten in Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder der Ausbruch vorhersehbar war. Schäden durch die aktive Teilnahme an Krieg, an Bürgerkrieg oder an kriegsähnlichen Ereignissen sind nicht versichert.
3. Schäden, welche die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt.

§ 6 Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

Die versicherte Person ist verpflichtet,

1. den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden;
2. den Schaden unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen;
3. das Schadenereignis und den Schadenumfang darzulegen und dem Versicherer jede sachdienliche Auskunft wahrheitsgemäß zu erteilen. Zum Nachweis hat die versicherte Person Originalrechnungen und -Belege einzureichen, gegebenenfalls die Ärzte – einschließlich der Ärzte der Assistance – von der Schweigepflicht zu entbinden und es dem Versicherer zu gestatten, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.
4. Beginn und Ende sowie die Unterbrechung eines versicherten Auslandsaufenthaltes sowie das Vorliegen der Versicherungsfähigkeit sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

§ 7 Wann zahlt der Versicherer die Entschädigung?

1. Hat der Versicherer die Leistungspflicht dem Grund und der Höhe nach festgestellt, wird die Entschädigung innerhalb von zwei Wochen ausgezahlt.
2. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, auch nicht auf andere Weise eine Leistungsprüfung ermöglicht wird und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Leistung nicht fällig.

§ 8 Was gilt, wenn die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte hat?

1. Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf den Versicherer über, soweit der versicherte Person daraus kein Nachteil entsteht.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, in diesem Rahmen den Rechtsübergang auf Wunsch des Versicherers schriftlich zu bestätigen.
3. Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen sowie der Sozialversicherungsträger gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer tritt in Vorleistung, sofern er unter Vorlage von Original-Belegen zunächst in Anspruch genommen wird.

§ 9 Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Versicherungsleistung durch Obliegenheitsverletzung und Verjährung?

1. Wird eine Obliegenheit vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; bei grob fahrlässiger Verletzung ist er berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
2. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat die versicherte Person zu beweisen. Außer im Falle der Arglist ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die versicherte Person

nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

3. Der Anspruch auf Versicherungsleistung verjährt in drei Jahren, gerechnet ab Ende des Jahres, in welchem der Anspruch entstanden ist und die versicherte Person von den Umständen zur Geltendmachung des Anspruchs Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte Kenntnis erlangen müssen.

§ 10 Welche Form gilt für die Abgabe von Willenserklärungen?

1. Anzeigen und Willenserklärungen der versicherten Person und des Versicherers bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail).
2. Die MAWISTA GmbH ist mit der Entgegennahme und Weiterleitung von Erklärungen an den Versicherer bevollmächtigt.

§ 11 Welches Gericht in Deutschland ist für die Geltendmachung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zuständig? Welches Recht findet Anwendung?

1. Der Gerichtsstand ist nach Wahl der versicherten Person München oder der Ort in Deutschland, an welchem die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren ständigen Wohnsitz oder ihren ständigen Aufenthalt hat.
2. Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

Versicherungsbedingungen zur Krankenversicherung

VB K-CLA 20 MEX

§ 1 Was ist versichert?

1. Versichert sind die Kosten
 - a) der Heilbehandlung
 - b) des Krankentransports
 - c) der Überführung bei Todbei im vereinbarten Geltungsbereich und versicherten Zeitraum akut eintretenden Krankheiten und Unfällen in dem in den §§ 2 und 3 genannten Umfang.
2. Für die Kosten der ärztlichen Behandlung der Schwangerschaft und Entbindung besteht nur dann im vereinbarten Geltungsbereich Versicherungsschutz, wenn die Schwangerschaft (Empfängnis) nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Ungeachtet des Zeitpunktes des Eintrittes der Schwangerschaft und der Wartezeit erstattet der Versicherer die Kosten der ärztlichen Heilbehandlung bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehl- und Frühgeburt. Bei einer Frühgeburt werden auch die Kosten der im vereinbarten Geltungsbereich notwendigen Heilbehandlungen des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von € 100.000,- übernommen.

§ 2 Welche Kosten werden bei Heilbehandlung erstattet?

1. Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für im vereinbarten Geltungsbereich notwendige ärztliche Hilfe. Dazu gehören die Kosten für
 - a) ambulante Behandlung durch einen Arzt;
 - b) Arznei- und Verbandmittel, die der versicherten Person ärztlich verordnet wurden; Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
 - c) stationäre Behandlung im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbarer Operationen bis zur gemäß Tarifabelle für den Tarif Classic angegebenen Höhe;
 - d) den medizinisch notwendigen Krankentransport zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare und geeignete Krankenhaus im vereinbarten Geltungsbereich und zurück in die Unterkunft, bei Erstversorgung nach einem Unfall den Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - e) schmerzstillende Zahnbehandlung und Reparaturen von Zahnprothesen und Provisoren jeweils bis zur gemäß Tarifabelle für den Tarif Classic angegebenen Höhe;
 - f) die ärztliche Betreuung und Behandlung von Schwangerschaften, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten. Die besondere Wartezeit für Entbindung beträgt acht Monate;
 - g) unfallbedingte Hilfsmittel (Mietgebühr oder Anschaffungskosten) bis zur gemäß Tarifabelle für den Tarif Classic angegebenen Höhe;
 - h) ärztlich verordnete Heilmittel (z. B. Massage- und Fango-Behandlungen oder Lymphdrainagen), bis zur gemäß Tarifabelle für den Tarif Classic genannten Höhe; dies gilt auch dann, wenn mehrere Anwendungen innerhalb eines Behandlungstermins durchgeführt werden;
 - i) medizinisch notwendige, ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung;
 - j) die stationäre Krisenintervention in einer akut lebensbedrohlichen Situation bei psychischen Erkrankungen, begrenzt auf 14 Tage.
2. Der Versicherer leistet dabei im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Der Versicherer leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben und die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; Der Versicherer kann jedoch die Leistung auf die Höhe herabsetzen, die bei der Anwendung schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

3. Im tariflich vereinbarten Geltungsbereich steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland niedergelassenen, gesetzlich anerkannten und approbierten Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern sowie Hebammen frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für ihren Berufsstand – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr abrechnen.
4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankenakten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht in Deutschland für allgemeine Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegegesetzverordnung ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung), außerhalb Deutschlands in vergleichbarem Umfang, sofern gemäß Tarifabelle für den Tarif Classic nicht anders vereinbart.
5. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von vorstehender Nr. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
6. Der Versicherer erstattet im bedingungsgemäßen Rahmen die Kosten über die vereinbarte Laufzeit des Versicherungsvertrages hinaus, sofern ein Rücktransport während der Vertragslaufzeit medizinisch nicht vertretbar war, bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für sechs Wochen.

§ 3 Welche Kosten erstattet der Versicherer bei Krankenrücktransport und Tod?

Der Versicherer erstattet

1. die Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort der versicherten Person in dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat, nächstgelegene geeignete Krankenhaus. Darüber hinaus werden im Tarif Premium auf Wunsch der versicherten Person die Kosten des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports erstattet, wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die weitere Krankenhausbehandlung voraussichtlich 14 Tage übersteigt. Unabhängig hiervon werden die Kosten des Rücktransportes in das Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat, übernommen, wenn diese im Rahmen der voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung bleiben.
2. die unmittelbaren Kosten bis zu € 25.000,- für die Überführung des verstorbenen Versicherten zur Bestattung in dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat.

§ 4 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

Kein Versicherungsschutz besteht für

1. Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für den Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich sind;
2. Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor dem Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste;
3. Nähr- und Stärkungsmittel;
4. kieferorthopädische Behandlungen, Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnprothesen und Provisorien hinausgehen;
5. die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln; für unfallbedingte Hilfsmittel besteht in Abweichung hierzu Versicherungsschutz in dem in § 2 Nr. 1 g) VB K-CLA MEX bezeichneten Rahmen;
6. Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten sowie deren Folgen;
7. Behandlungen von Schwangerschaften, die bereits vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, sowie für die Behandlung

- von Schwangerschaften innerhalb der ersten drei Monate nach Versicherungsbeginn (Wartezeit); die besondere Wartezeit für Entbindung beträgt acht Monate. Ungeachtet des Zeitpunktes des Eintrittes der Schwangerschaft und der Wartezeit erstattet der Versicherer die Kosten der ärztlichen Heilbehandlung bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehl- und Frühgeburt;
8. durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 9. Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung; für die stationäre Krisenintervention besteht in Abweichung hierzu jedoch Versicherungsschutz in dem in § 2 Nr. 1 j) VB K-CLA MEX bezeichneten Rahmen;
 10. Honorare und Gebühren, die den in dem betreffenden Land als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang übersteigen; ebenso wenig für Wahlleistungen wie z. B. Einbettzimmer oder Chefarztbehandlung, sofern für den Tarif Classic nicht anders vereinbart (siehe Tarifabelle). Die Erstattung kann ggf. auf die landesüblichen Sätze gekürzt werden;
 11. Krankenrücktransport aus einem der unter Nr. 1, 2, 6 und 8 genannten Gründe.
 12. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Kinder- und Jugenduntersuchungen, Zahnvorsorgeuntersuchungen und -prophylaxe, Schutzimpfungen, sofern gemäß Tarifabelle für den Tarif Classic nicht anders vereinbart, sowie für Honorare und Gebühren für Atteste, Befundberichte und (Arbeitsfähigkeits)-Bescheinigungen, die nicht von vom Versicherer angefordert wurden.

§ 5 Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

Die versicherte Person ist verpflichtet,

1. im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus, vor Beginn umfänglicher ambulanter oder stationärer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie vor Abgabe von Zahlungsanerkennnissen unverzüglich Kontakt zur Assistance aufzunehmen – die nachgewiesenen Kosten zur Kontaktaufnahme erstattet der Versicherer bis zu € 25,-;
2. ihrem Rücktransport oder der Rückführung in das Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat, bei Bestehen der Transportfähigkeit und Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 Nr. 1 VB K-CLA MEX zuzustimmen, wenn die Assistance den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt;
3. dem Versicherer die Rechnungsoriginale oder Zweitschriften mit einem Originalerstattungsstempel eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen vorzulegen; diese werden Eigentum des Versicherers.

§ 6 Welchen Selbstbehalt trägt die versicherte Person?

Die versicherte Person trägt den gemäß Tarifabelle für den jeweiligen Geltungsbereich vereinbarten Selbstbehalt.

Versicherungsbedingungen zur Medizinischen Assistance VB MAS-C 20 MEX)

§ 1 Welche Dienste bietet der Versicherer?

1. Der Versicherer bietet der versicherten Person während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich in nachstehend genannten Notfällen Hilfe und Beistand und trägt die entstehenden Kosten hierfür gemäß den nachfolgenden Bedingungen. Die Prüfung, ob Versicherungsschutz besteht, bleibt dem Versicherer vorbehalten; Dienstleistungen und Kostenübernahme-Erklärungen der Assistance sowie die Beauftragung von Leistungsträgern beinhalten grundsätzlich kein Anerkenntnis der Eintrittspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsvertrag gegenüber der versicherten Person.
2. Der Versicherer hat die Assistance damit beauftragt, für die versicherte Person die nachstehend genannten Dienstleistungen im 24-Stunden-Service zu erbringen.
3. Die versicherte Person hat zur Inanspruchnahme der Dienstleistungen in Notfällen unverzüglich Kontakt zur Assistance aufzunehmen.
4. Soweit die versicherte Person die Erstattung verauslagter Beträge nicht vom Versicherer beanspruchen kann, hat die versicherte Person die Beträge innerhalb eines Monats nach Rechnungsstellung an den Versicherer zurückzuzahlen.

§ 2 Welche Hilfeleistung bietet die Assistance bei Krankheit und Unfall und im Todesfall?

1. Ambulante Behandlung im vereinbarten Geltungsbereich Die Assistance informiert auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und benennt, soweit möglich, einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt. Die Assistance stellt jedoch nicht den Kontakt zum Arzt her.
2. Stationäre Behandlung im vereinbarten Geltungsbereich Bei stationärer Behandlung der versicherten Person in einem Krankenhaus erbringt die Assistance folgende Leistungen:
 - a) Betreuung Die Assistance stellt bei Bedarf über ihren Vertragsarzt Kontakt zum jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und zu den behandelnden Krankenhausärzten her; sie sorgt für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Auf Wunsch informiert die Assistance Angehörige der versicherten Person.
 - b) Krankenbesuche Bei stationärer Behandlung der versicherten Person organisiert die Assistance auf Wunsch die Reise für eine der versicherten Person nahestehende Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und zurück zum Wohnort im Heimatland.
 - c) Kostenübernahme-Erklärung Bei stationärer Krankenhausbehandlung gibt der Versicherer der versicherten Person eine Kostenübernahme-Erklärung bis zu € 15.000,-. Diese Erklärung beinhaltet keine Anerkennung der Leistungspflicht. Der Versicherer übernimmt im Namen der versicherten Person die Abrechnung mit dem zuständigen Kostenträger.
3. Krankenrücktransport Sobald es medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, organisiert die Assistance nach vorheriger Abstimmung mit den behandelnden Ärzten vor Ort den Rücktransport mit medizinisch adäquaten Transportmitteln (einschließlich Ambulanz-Flugzeugen) in das dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus in dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat.
4. Können mitreisende Kinder unter 18 Jahren wegen Tod, schwerer Unfallverletzung oder unerwarteter schwerer Erkrankung der versicherten Person nicht mehr betreut werden, organisiert die Assistance deren Rückreise zum Wohnort in dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat.

§ 3 Welche Hilfe leistet die Assistance bei der Beschaffung von notwendigen Arzneimitteln?

Die Assistance übernimmt in Abstimmung mit dem Hausarzt der versicherten Person die Beschaffung ärztlich verordneter Arzneimittel und den Versand an die versicherte Person, soweit dies möglich ist. Die Kosten der Präparate und des Versandes hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Reiseende an die Assistance zu erstatten, sofern diese nicht im Rahmen der Krankenversicherung gemäß § 2 Nr. 1 b) VB K-CLA MEX versichert sind.

§ 4 Welche Dienste leistet die Assistance bei Tod der versicherten Person?

Stirbt die versicherte Person während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich, organisiert die Assistance nach dem Wunsch der Angehörigen die Überführung der verstorbenen Person zur Bestattung in dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat.

§ 5 Welche Informationen können bei der Assistance abgefragt werden?

1. Allgemeine medizinische Reisezielberatung Auf Anfrage der versicherten Person informiert die Assistance über:
 - die allgemeine medizinische Versorgung im Reiseland;
 - besondere Infektionsrisiken im Reiseland;
 - die notwendigen Impfungen für das Reiseland;
 - geeignete Reiseziele bei bestimmten Krankheitsbildern.
2. Allgemeine Erläuterung medizinischer Begriffe (sog. Medizinischer Dolmetscherservice): Auf Anfrage der versicherten Person erläutert die Assistance Diagnosen und andere medizinische Begriffe.

MAWISTA Expatacare – Versicherungsleistungen auf einen Blick / Tariftabelle

Tariftabelle	MAWISTA Expatacare Classic	MAWISTA Expatacare Comfort	MAWISTA Expatacare Premium
Krankenversicherung			
§ 2, Nr. 1 Höhe der Kostenerstattung für ...			
Ambulante Behandlung einschließlich Arznei- und Verbandmittel	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Stationäre Behandlung	freie Krankenhauswahl, Kosten werden gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Bundespflegegesetzverordnung erstattet, keine Wahlleistungen, außerhalb Deutschlands: 100 % in vergleichbarem Umfang		freie Krankenhauswahl, Unterbringung, soweit möglich, als Privatpatient im Zweibettzimmer, Kosten werden im örtlichen Umfang ersetzt
Medizinisch notwendigen Krankentransport ins Krankenhaus sowie zum nächsterreichbaren Arzt bei Erstversorgung nach einem Unfall	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Schmerzstillende Zahnbehandlung (Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung) je Versicherungsjahr	max. € 500,-	max. € 1.000,-	max. € 2.500,-
Reparaturen von Zahnersatz / Provisorien je Versicherungsjahr	max. € 250,-	max. € 250,-	max. € 250,-
Zahnersatz und – ausschließlich für Versicherte bis 18 Jahre – kieferorthopädische Leistungen (jeweils nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten)	nicht versichert	60 % des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch insgesamt: • in den ersten 2 Versicherungsjahren: € 2.000,- Rechnungsbetrag • in den ersten 3 Versicherungsjahren: € 3.000,- Rechnungsbetrag • ab dem 4. Versicherungsjahr: € 4.000,- Rechnungsbetrag je Versicherungsjahr	80 % des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch insgesamt: • in den ersten 2 Versicherungsjahren: € 3.000,- Rechnungsbetrag • in den ersten 3 Versicherungsjahren: € 5.000,- Rechnungsbetrag • ab dem 4. Versicherungsjahr: € 4.000,- Rechnungsbetrag je Versicherungsjahr
Unfallbedingte Hilfsmittel (Mietgebühr oder Anschaffung) je Versicherungsjahr	max. € 250,-	max. € 1.000,-	max. € 2.000,-
Sehhilfen (nach einer Wartezeit von 8 Monaten)	nicht versichert	max. € 50,- je Versicherungsjahr	max. € 300,- alle 3 Jahre
Heilmittel (z. B. Massagen-, Fango-Behandlungen, Lymphdrainagen) je Versicherungsjahr	100 %, bis zu 8 Behandlungen	100 %, bis zu 10 Behandlungen	100 %, bis zu 12 Behandlungen; bei Schwangerschaft einmalig insgesamt € 50,- für Vorbereitungs- und Rückbildungskurs
Medizinisch notwendige, ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Vorsorgeuntersuchungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen	nicht versichert	ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Krebsfrüherkennung	ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Krebsfrüherkennung, zusätzlich für Kinder Vorsorgeuntersuchungen U1 - U9 und Impfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
Psychotherapie je Versicherungsjahr	nicht versichert	80 % des Rechnungsbetrages, bis zu 6 Sitzungen	80 % des Rechnungsbetrages, bis zu 12 Sitzungen
psychische Erkrankung	stationäre Krisenintervention in einer akut lebensbedrohlichen Situation, max. 14 Tage		
§ 2, Nr. 6 Nachleistung nach Ablauf des Versicherungsvertrages bei Transportunfähigkeit	max. 6 Wochen	max. 8 Wochen	max. 12 Wochen
§ 1 Nr. 2 Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung (bei Empfängnis nach Versicherungsbeginn und nach Ablauf einer Wartezeit von 3 bzw. 8 Monaten)	unbegrenzt, stationäre Behandlung gemäß Tarif Classic	unbegrenzt, stationäre Behandlung gemäß Tarif Comfort	unbegrenzt, stationäre Behandlung gemäß Tarif Premium
	Ungeachtet des Zeitpunktes des Eintrittes der Schwangerschaft und der Wartezeit werden die Kosten der ärztlichen Heilbehandlung bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen inkl. Fehl- und Frühgeburten ersetzt.		
§ 1 Nr. 2 Heilbehandlung eines Neugeborenen bei Frühgeburt	max. € 100.000,-	max. € 100.000,-	max. € 100.000,-
§ 3, Nr. 1 Krankenrücktransport ins Heimatland	in voller Höhe, wenn medizinisch sinnvoll und vertretbar	in voller Höhe, wenn medizinisch sinnvoll und vertretbar	in voller Höhe, wenn medizinisch sinnvoll und vertretbar, außerdem auf Wunsch der versicherten Person auch bei Krankenhausbehandlungen länger als 14 Tage
§ 3, Nr. 2 Kostenerstattung für Überführung ins Heimatland	max. € 25.000,-	max. € 25.000,-	max. € 25.000,-
§ 6 Selbstbehalt			
weltweit ohne USA / Kanada	ohne Selbstbehalt	ohne Selbstbehalt	ohne Selbstbehalt
weltweit mit USA / Kanada je Versicherungsjahr	€ 500,-	€ 500,-	€ 500,-
Medizinische Assistance			
§ 1 - § 5	Bietet weltweite Soforthilfe bei Notfällen im vereinbarten Geltungsbereich.		
§ 2, Nr. 2 c) Höhe der Kostenübernahmeerklärung bei stationärer Behandlung	max. € 15.000,-	max. € 15.000,-	max. € 15.000,-
Hinweis: Der Versicherungsschutz ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen sowie den Angaben für den Tarif Classic in dieser Tariftabelle. Bitte beachten Sie daher auch die abgedruckten Versicherungsbedingungen.			