

Versicherungen für Auslandsaufenthalte

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
Unternehmen: AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland

Produkt: MAWISTA Student
Classic

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 Student Classic ist ein Versicherungs-Paket und beinhaltet folgende Leistungen: Krankenversicherung und Notruf-Versicherung.



Was ist versichert?

Kranken- und Notruf-Versicherung

Welche Ereignisse sind versichert?

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

Was wird ersetzt?

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

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

Selbstbeteiligung: € 50,- pro Versicherungsfall für ambulante Behandlungen und Zahnbehandlungen, max. € 5.000,- pro Kalenderjahr



Was ist nicht versichert?

Kranken- und Notruf-Versicherung

- x Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für den Aufenthalt sind oder deren Notwendigkeit Ihnen vor Antritt 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 Behandlung von Schwangerschaften innerhalb der Wartezeit nach Versicherungsbeginn
- x Psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose
- x Vorsorgeuntersuchungen
- x Zahnersatz
- x Unfallbedingte Sehhilfen



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Kranken- und Notruf-Versicherung

- ! Schmerzstillende Zahnbehandlung: höchstens € 500,-
- ! Heilmittel (z. B. Massage- und Fango-Behandlungen sowie Lymphdrainagen): höchstens 6 Behandlungen
- ! Unfallbedingte Hilfsmittel: € 250,-
- ! Überführungskosten maximal € 25.000,-



Wo bin ich versichert?

- ✓ Für Personen mit Heimatland Deutschland gilt der Versicherungsschutz für den vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Deutschlands.
- ✓ Für Personen mit Heimatland außerhalb Deutschlands gilt der Versicherungsschutz für den vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland, der EU sowie der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen, dem Vereinigten Königreich und Island.
- ✓ 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.

Kranken- und Notruf-Versicherung

- 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 48 Monate.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag täglich zum Monatsende kündigen.

Die Leistungen im Überblick

MAWISTA Student - Tarif Classic

• Krankenversicherung

Selbstbehalt: € 50,- pro Versicherungsfall für ambulante Behandlungen und Zahnbehandlungen, max. € 5.000,- pro Kalenderjahr

• Notruf-Versicherung

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)

Inhaltsverzeichnis

Datenschutzhinweise und Hinweise für den Schadenfall	2
Versicherungsbedingungen	3
Allgemeine Bestimmungen	3
Krankenversicherung	3
Notruf-Versicherung	4
MAWISTA Student – Versicherungsleistungen auf einen Blick / Tariftabelle	5

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise

Geltungsbereich: siehe §2 VB AB-CLA 20 MST

Maximale Versicherungsdauer: Die Versicherungen gelten für den vereinbarten Zeitraum, maximal sind 48 Monate möglich.

Versicherungsfähige Personen: siehe § 1 Nr. 1 VB AB-CLA 20 MST

Abschlusshinweise: Der Vertrag kann jederzeit zum 1. eines Monats abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungspolice bezeichneten Datum, jedoch nicht vor Antragstellung, Grenzübertritt und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.

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.

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), Telefon + 49.89.6 24 24-244, E-Mail: service-reise@allianz.com

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 des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich? (Krankenversicherung, Notruf-Versicherung)

Wenden Sie sich bei schweren Verletzungen oder Krankheiten, insbesondere vor Klinikaufenthalten, 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-CLA 20 MST

Die nachstehenden Regelungen unter §§ 1 bis 11 gelten für alle MAWISTA Student Versicherungsprodukte. Die nachfolgend abgedruckten Versicherungsbedingungen gelten für die jeweilige Versicherung. Versicherungsschutz besteht, wenn Sie die betreffende Versicherung vertraglich vereinbart haben.

§ 1 Wer ist versicherungsfähig?

1. Versicherungsfähig sind

- Personen mit Wohnsitz in Deutschland für Reisen ins Ausland als Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten, Doktoranden, Gastwissenschaftler, Praktikanten oder im Rahmen von „Work- & Holiday“-Programmen sowie deren begleitende Familienangehörige.
- Personen, die aufgrund eines Aufenthaltstitels (Aufenthalts-erlaubnis) zu Ausbildungszwecken in Deutschland befinden, und deren begleitende Familienangehörige.
- Personen mit einem sonstigen befristeten Aufenthaltstitel für Deutschland.

Voraussetzung ist, dass die Personen bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Versichert ist die in der Police namentlich genannte Person für den vorübergehenden Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich.

§ 2 Welchen Geltungsbereich hat die Versicherung?

Der Versicherungsschutz gilt für versicherte Personen

- mit Heimatland Deutschland für den vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Deutschlands. Für den Aufenthalt in Deutschland besteht kein Versicherungsschutz.
- mit befristetem Aufenthaltstitel für Deutschland für den vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland sowie urlaubs- und ausbildungsbedingte Aufenthalte in der EU sowie der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen, dem Vereinigten Königreich und Island. Außerhalb der genannten Länder besteht kein Versicherungsschutz.

§ 3 Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

Der Versicherungsschutz

- beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Antragsstellung, nicht vor Grenzübertritt und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten. Wartezeiten rechnen ab Versicherungsbeginn.
- endet mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit der Beendigung des versicherten Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich.
- kann auf Antrag vor Ablauf der ursprünglichen Vertragslaufzeit bis zu insgesamt max. 48 Monaten (= tarifliche Höchstversicherungsdauer) verlängert werden, sofern der vorübergehende Aufenthalt andauert und der Versicherungsnehmer bereit ist, die im Zeitpunkt der Verlängerung gültigen Prämien zu zahlen. Ist die tarifliche Höchstversicherungsdauer von 48 Monaten erreicht, kann unter Berücksichtigung der nachfolgenden Ziffer 4 ein neuer Vertrag beantragt werden.
- Für Personen mit befristetem Aufenthaltstitel in Deutschland darf unter Berücksichtigung von gleichartigen Versicherungsverträgen mit anderen Versicherern eine maximale Laufzeit von 60 Monaten (= gesetzliche 60-Monatsgrenze) nicht überschritten werden.

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

- Der Versicherungsvertrag kann für jeweils volle Monate vereinbart werden, maximal für 48 Monate.
- Der Versicherungsvertrag kann vom Versicherungsnehmer täglich zum Monatsende gekündigt werden.
- 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.
- 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

- Schäden durch Streik, Kernenergie, Beschlagnahme 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;
- 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 Aufenthalt 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.
- Schäden, welche die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt.

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

Die versicherte Person ist verpflichtet,

- den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden;
- den Schaden unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen;
- 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.

§ 7 Wann zahlt der Versicherer die Entschädigung?

Hat der Versicherer die Leistungspflicht dem Grund und der Höhe nach festgestellt, wird die Entschädigung innerhalb von zwei Wochen ausgezahlt.

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

- Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf den Versicherer über, soweit der versicherten Person daraus kein Nachteil entsteht.
- Die versicherte Person ist verpflichtet, in diesem Rahmen den Rechtsübergang auf Wunsch des Versicherers schriftlich zu bestätigen.
- 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?

- 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.
- 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 und den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.
- 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?

- Anzeigen und Willenserklärungen der versicherten Person und des Versicherers bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail).
- Versicherungsvermittler sind mit der Entgegennahme und Weiterleitung von Erklärungen an den Versicherer beauftragt.

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

- 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.
- Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

Versicherungsbedingungen zur Krankenversicherung

VB K-CLA 20 MST

§ 1 Was ist versichert?

1. Versichert sind die Kosten

- der Heilbehandlung
 - des Krankentransports
 - der Überführung bei Tod
- bei im vereinbarten Geltungsbereich und versicherten Zeitraum akut eintretenden Krankheiten und Unfällen.
- 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.
 - Pauschaler Spesensatz bei stationärer Unterbringung
Werden die Kosten bei medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung im vereinbarten Geltungsbereich von einer dritten Stelle getragen, so zahlt der Versicherer einen pauschalen Spesensatz (Telefon, TV, zusätzliche Verpflegung auch der Besucher etc.) in Höhe von maximal € 30,- je Tag, höchstens bis zu 45 Tagen ab Beginn der stationären Behandlung.

§ 2 Welche Kosten werden bei Heilbehandlung erstattet?

- Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für im vereinbarten Geltungsbereich notwendige ärztliche Heilbehandlung. Dazu gehören die Kosten für
 - ambulante Behandlung durch einen Arzt;
 - Heilbehandlungen und Arzneimittel, die der versicherten Person ärztlich verordnet wurden;
 - stationäre Behandlung im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbarer Operationen. Bei einer Frühgeburt werden (in Abweichung von § 1 VB AB-CLA 20 MST) auch die Kosten der im vereinbarten Geltungsbereich notwendigen Heilbehandlungen des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von € 100.000,- übernommen.
Für stationäre Behandlungen und Entbindungen in Deutschland gilt: Es werden allgemeine Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) gemäß der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz erstattet; Aufwendungen für Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung) sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.
 - den medizinisch notwendigen Krankentransport zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare und geeignete Krankenhaus im vereinbarten Geltungsbereich und zurück in die Unterkunft;
 - schmerzstillende Zahnbehandlung und Reparaturen von Zahnprothesen und Provisorien bis € 500,- pro Versicherungsjahr;
 - 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;
 - unfallbedingte Hilfsmittel bis € 250,- pro Versicherungsjahr;
 - ärztlich verordnete Heilmittel (z. B. Massagen- und Fango-Behandlungen oder Lymphdrainagen), bis zu sechs Anwendungen insgesamt je Versicherungsjahr; dies gilt auch dann, wenn mehrere Anwendungen innerhalb eines Behandlungstermins durchgeführt werden;
 - medizinisch notwendige, ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung.
 - 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.
- Der Versicherer erstattet im bedingungsgemäßen Rahmen die Kosten über die vereinbarte Laufzeit des Versicherungsvertrages hinaus bis zu 6 Wochen, maximal bis zum Tag der Transportfähigkeit, sofern ein Rücktransport während der Vertragslaufzeit medizinisch nicht vertretbar war.

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

Der Versicherer erstattet

- die Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort der versicherten Person im Heimatland nächstgelegene geeignete Krankenhaus.
Darüber hinaus werden 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 ins Heimatland übernommen, wenn diese im Rahmen der voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung bleiben.
- die unmittelbaren Kosten bis zu € 25.000,- für die Überführung des verstorbenen Versicherten zur Bestattung im Heimatland, wahlweise die unmittelbaren Kosten der Bestattung vor Ort bis maximal zur Höhe der Kosten der Überführung.

§ 4 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

Kein Versicherungsschutz besteht für

- Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für den Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich sind;
- 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;
- Nähr- und Stärkungsmittel;
- kieferorthopädische Behandlungen, Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnprothesen und Provisorien hinausgehen;
- Heilmittel (z. B. Massagen- und Fango-Behandlungen sowie Lymphdrainagen), die sechs Behandlungen im Versicherungsjahr übersteigen;
- die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln; für unfallbedingte Hilfsmittel besteht in Abweichung hierzu Versicherungsschutz bis € 250,- pro Versicherungsjahr;
- Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten sowie deren Folgen;
- Behandlungen von Schwangerschaften, die bereits vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, sowie für die Behandlung von Schwangerschaften innerhalb der Wartezeit nach Versicherungsbeginn;
- durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose;
- für Honorare und Gebühren, die den in dem betreffenden Land als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang übersteigen sowie für Wahlleistungen wie z. B. Einbettzimmer oder Chefarztbehandlung. Die Erstattung kann ggf. auf die landesüblichen Sätze gekürzt werden;
- Krankenrücktransport aus einem der unter Nr. 1, 2, 7 und 9 genannten Gründe.
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Kinder- und Jugenduntersuchungen, Zahnvorsorgeuntersuchungen und -prophylaxe, Schutzimpfungen sowie für Honorare und Gebühren für Atteste, Befundberichte und (Arbeitsunfähigkeiten-) Bescheinigungen, die nicht vom Versicherer angefordert wurden.

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

Die versicherte Person ist verpflichtet,

- im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus, vor Beginn umfangreicher 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,-;
- ihrem Rücktransport oder der Rückführung in ihr Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit und Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 Nr. 1 VB K-CLA 20 MST zuzustimmen, wenn die Assistance den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.
- 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?

Der Selbstbehalt beträgt € 50,- pro Versicherungsfall für ambulante Behandlungen und Zahnbehandlungen, maximal jedoch € 5.000,- pro Kalenderjahr.

Versicherungsbedingungen zur Notruf-Versicherung

VB N 20 MST

Hinweis:

Die Assistance ist mit der Durchführung der Leistungen aus der Notruf-Versicherung beauftragt.

§ 1 Welche Dienste bietet der Versicherer?

- Der Versicherer bietet der versicherten Person während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich in nachstehend genannten Notfällen Hilfe und Beistand und trägt die entstehenden Kosten im jeweils bezeichneten Rahmen. Die Deckungsprüfung bleibt dem Versicherer vorbehalten; Dienstleistungen und Kostenübernahme-Erklärungen der Assistance sowie die Beauftragung von Leistungsträgern beinhalten grundsätzlich keine Anerkenntnis der Eintrittspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsvertrag gegenüber der versicherten Person.

- Der Versicherer hat die Assistance damit beauftragt, für die versicherte Person die nachstehend genannten Dienstleistungen im 24-Stunden-Service zu erbringen.
- Die versicherte Person hat zur Inanspruchnahme der Dienstleistungen in Notfällen unverzüglich Kontakt zur Assistance aufzunehmen.
- Soweit die versicherte Person weder vom Versicherer noch von einem anderen Kostenträger die Erstattung verauslagter Beträge beanspruchen kann, hat die versicherte Person die Beträge innerhalb eines Monats nach Rechnungsstellung an den Versicherer zurückzahlen.

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

- Ambulante Behandlung**
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.
- Stationäre Behandlung**
Bei stationärer Behandlung der versicherten Person in einem Krankenhaus erbringt die Assistance folgende Leistungen:
 - 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.
 - 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. Der Versicherer übernimmt die Kosten der Beförderung bei lebensbedrohender Krankheit der versicherten Person oder bei stationärer Behandlungsdauer von mehr als 14 Tagen.
 - 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.
- Krankenrücktransport**
Sobald es medizinisch sinnvoll und vertretbar ist bzw. wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die voraussichtliche Dauer des Krankenaufenthaltes 14 Tage übersteigt, organisiert die Assistance nach vorheriger Abstimmung des Vertragsarztes mit den behandelnden Ärzten vor Ort den Rücktransport mit medizinisch adäquaten Transportmitteln (einschließlich Ambulanz-Flugzeugen) in das dem Wohnort der versicherten Person im Heimatland nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

§ 3 Beschafft die Assistance für die versicherte Person notwendige Arzneimittel?

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 hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Reiseende an die Assistance zu erstatten.

§ 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 Bestattung im vereinbarten Geltungsbereich oder die Überführung der verstorbenen Person zum Bestattungsort im Heimatland.

MAWISTA Student – Versicherungsleistungen auf einen Blick / Tarifvergleichstabelle

Tariftabelle	MAWISTA Student Classic ®	MAWISTA Student Classic ® plus	MAWISTA Student Comfort ®	
Allgemeine Bestimmungen				
§ 2 Nr. 1 Versicherungsschutz für Deutsche in Deutschland bei einer Unterbrechung des Auslandsaufenthalts	nicht versichert	nicht versichert	bis zu 6 Wochen je Versicherungsjahr	
Krankenversicherung				
§ 2 Nr. 1 Höhe der Kostenerstattung für ...				
ambulante Behandlung	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	
Heilbehandlungen und Arzneimittel	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	
Stationäre Behandlung	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	
Heilbehandlung eines Neugeborenen bei Frühgeburt	max. € 100.000,-	max. € 100.000,-	max. € 100.000,-	
Medizinisch notwendigen Krankentransport ins Krankenhaus	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	
Schmerzstillende Zahnbehandlung je Versicherungsjahr	max. € 500,-	max. € 500,-	max. € 1.000,-	
Zahnersatz je Versicherungsjahr	nicht versichert	nicht versichert	60 % der Gesamtkosten, max. € 1.000,-	
Behandlung wegen Schwangerschaft	nach Ablauf einer Wartezeit von 3 bzw. 8 Monaten: unbegrenzt	nach Ablauf einer Wartezeit von 3 bzw. 8 Monaten: unbegrenzt	unbegrenzt	
Unfallbedingte Hilfsmittel je Versicherungsjahr	max. € 250,-	max. € 250,-	max. € 1.000,-	
Unfallbedingte Sehhilfen je Versicherungsjahr	nicht versichert	nicht versichert	max. € 100,-	
Impfungen	nicht versichert	nicht versichert	max. € 250,- für die gesamte Vertragslaufzeit	
Heilmittel (z. B. Massagen-, Fango-Behandlungen, Lymphdrainagen) je Versicherungsjahr	max. 6 Behandlungen	max. 8 Behandlungen	max. 8 Behandlungen	
Rehabilitationsmaßnahmen	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	
§ 2 Nr. 2 Nachleistung nach Ablauf des Versicherungsvertrages bei Transportunfähigkeit	max. 6 Wochen	max. 6 Wochen	max. 8 Wochen	
§ 3 Nr. 1 Krankenrücktransport ins Heimatland	Kostenerstattung für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransport in das nächstgelegene Krankenhaus im Heimatland in unbegrenzter Höhe, außerdem auf Wunsch der versicherten Person bei Krankenhausbehandlungen länger als 14 Tage.			
§ 3 Nr. 2 Kostenerstattung für Überführung ins Heimatland	max. € 25.000,-	max. € 25.000,-	max. € 25.000,-	
§ 3 Nr. 2 Kostenerstattung für Bestattung vor Ort	max. bis zur Höhe der Überführungskosten	max. bis zur Höhe der Überführungskosten	max. bis zur Höhe der Überführungskosten	
§ 6 Selbstbehalt	€ 50,- pro Versicherungsfall bei ambulanter Behandlung und bei Zahnbehandlungen	ohne Selbstbehalt	ohne Selbstbehalt	
Notrufversicherung				
§ 1 - § 4	Bietet weltweite Soforthilfe bei Notfällen im vereinbarten Geltungsbereich			
§ 2 Nr. 2 Höhe der Kostenübernahmeerklärung bei stationärer Behandlung	max. € 15.000,-	max. € 15.000,-	max. € 15.000,-	
Unfallversicherung				
§ 3 Versicherungssumme für den Todesfall	nicht versichert	€ 10.000,-	€ 10.000,-	
§ 4 Versicherungssumme für den Invaliditätsfall	nicht versichert	max. € 140.000,-	max. € 140.000,-	
§ 6 Nr. 1 Bergungskosten	nicht versichert	max. € 5.000,-	max. € 5.000,-	
§ 6 Nr. 2 Kurbeihilfe	nicht versichert	max. € 1.500,-	max. € 1.500,-	
Haftpflichtversicherung				
§ 1 Versicherungssummen	nicht versichert	<ul style="list-style-type: none"> max. € 1.000.000,- für Personen- und Sachschäden max. € 250.000,- für Mietsachschäden 	<ul style="list-style-type: none"> max. € 1.000.000,- für Personen- und Sachschäden max. € 250.000,- für Mietsachschäden 	
Monatsprämien				
bis 40 Jahre Versicherungsdauer in Monaten	€ 33,10 1. bis 12.	€ 59,70 13. bis 48.	€ 39,70 1. bis 12. € 63,80 13. bis 48.	€ 76,80 1. bis 12. € 76,80 13. bis 48.
41 bis 55 Jahre Versicherungsdauer in Monaten	€ 69,90 1. bis 12.	€ 114,- 13. bis 48.	€ 74,90 1. bis 12. € 119,- 13. bis 48.	€ 129,90 1. bis 12. € 134,- 13. bis 48.