

Versicherungen für Auslandsaufenthalte

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

Produkt: MAWISTA Science

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 Science ist ein Versicherungs-Paket und beinhaltet folgende Leistungen: Krankenversicherung, Notruf-Versicherung und Haftpflichtversicherung.



Was ist versichert?

Kranken- und Notruf-Versicherung

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 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

Haftpflichtversicherung

- ✓ Bietet Versicherungsschutz, wenn Dritte wegen eines Schadenereignisses, das Sie verursacht haben, Schadenersatzansprüche geltend machen

Versicherungssummen: € 1.000.000,- je Person bei Personen- und Sachschäden, € 250.000,- für Mietsachschäden



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 ersten acht Monate nach Versicherungsbeginn (Wartezeit)
- x Psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose
- x Vorsorgeuntersuchungen
- x Zahnersatz
- x Unfallbedingte Sehilfen

Haftpflichtversicherung

- x Haftpflichtansprüche von gemeinsam versicherten Personen untereinander
- x Schäden, verursacht durch Gebrauch von Kraft-, Luft- oder motorgetriebenen Wasserfahrzeugen



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Kranken- und Notruf-Versicherung

- ! Schmerzstillende Zahnbehandlung: Die Kosten werden bis € 500,- pro Versicherungsjahr vollständig übernommen. Bei Kosten zwischen € 500,- und € 1.000,- werden die Kosten zu 75 % übernommen.
- ! Heilmittel (z. B. Massage- und Fango-Behandlungen sowie Lymphdrainagen): höchstens 8 Behandlungen
- ! Unfallbedingte Hilfsmittel: € 250,-
- ! Überführungskosten maximal € 25.000,-



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt für versicherte Personen weltweit für den vorübergehenden Auslandsaufenthalt (Aufenthalt außerhalb des Heimatlandes). Bei einer Unterbrechung des versicherten Auslandsaufenthalts besteht Versicherungsschutz auch im Heimatland bis zu einer Dauer von sechs Wochen pro Versicherungsjahr.



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.

Haftpflichtversicherung

- Wird ein Anspruch gegen Sie geltend gemacht, müssen Sie uns dies innerhalb einer Woche mitteilen. Kommt es zu einem Prozess über den Haftpflichtanspruch, ist uns die Prozessführung zu überlassen und dem Anwalt Vollmacht zu geben.



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 Science

- Krankenversicherung
- Notruf-Versicherung
- Haftpflichtversicherung

Versicherungssummen: € 1.000.000,- je Person bei Personen- und Sachschäden,
€ 250.000,- für Mietsachschäden

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 Ihren Schaden unter:

www.mawista.com/schaden-melden

(alternativ auch per Post an die Schadenabteilung).

AWP P&C S.A.

Niederlassung für Deutschland

Schadenabteilung MAWISTA

Bahnhofstraße 16

D - 85609 Aschheim (bei München)

Telefon: +49.89.6 24 24-0

Telefax: +49.89.6 24 24-222

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.

Worauf müssen Sie achten, wenn Sie einen Schaden verursacht haben? (Haftpflichtversicherung)

Notieren Sie sich bitte Namen und Anschriften von Zeugen, die das Schadenereignis beobachtet haben. Lassen Sie sich eine Kopie des Polizeiprotokolls aushändigen, falls die Polizei zu Ermittlungen eingeschaltet wurde. Informieren Sie den Versicherer und reichen Sie diese Unterlagen und Informationen mit Ihrer Schadenmeldung ein.

Inhaltsverzeichnis

Datenschutzhinweise und Versicherungsinformationen	2
Versicherungsbedingungen	3
Allgemeine Bestimmungen	3
Krankenversicherung	3
Notruf-Versicherung	4
Haftpflichtversicherung	4
MAWISTA Science – Versicherungsleistungen auf einen Blick / Tariftabelle	5

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise

Geltungsbereich: weltweit für den vorübergehenden Auslandsaufenthalt (Aufenthalt außerhalb des Heimatlandes). Bei einer Unterbrechung des versicherten Auslandsaufenthalts besteht Versicherungsschutz auch im Heimatland bis zu einer Dauer von sechs Wochen pro Versicherungsjahr.

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

Versicherungsfähige Personen: Versicherungsfähig sind Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten, Doktoranden, Gastwissenschaftler oder Praktikanten oder deren Familienangehörige bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres. (Für Personen über dem 40. und bis zum 55. Lebensjahr gelten besondere Prämien.)

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 per Überweisung, Lastschrift oder Kreditkarte erfolgen. 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.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die einmalige oder erste Prämie nicht bezahlt ist, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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.



Olaf Nink, Hauptbevollmächtigter

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

Hauptbevollmächtigter: Olaf Nink
Registergericht: München HRB 4605
USt.-IdNr.: DE 129274528
VersSt.-Nr.: 802/V90802001910

AWP P&C S.A.
Aktiengesellschaft französischen Rechts
Sitz der Gesellschaft: Saint-Ouen (Frankreich)
Handelsregister: R.C.S. Bobigny 519 490 080
Vorstand: Rémi Grenier (Vorsitzender), Dan Assouline, Fabio de Ferrari, Ulf Lange, Claudius Leibfritz, Lidia Luka-Lognoné, Mike Nelson, Sylvie Ouziel

Datenschutzhinweise

Entsprechend Art. 13 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.

1. 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.

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

a) 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.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte 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.

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 i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) 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.

b) 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 in die Verarbeitung einwilligen oder eine der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten vorliegt (Art. 9 Abs. 2 DSGVO).

aa) Verarbeitung Ihrer besonderen Kategorien personenbezogener Daten

In vielen Fällen benötigen wir zur Prüfung des Leistungsanspruchs personenbezogene Daten, die einer besonderen Kategorie angehören. Dies sind z. B. Gesundheitsdaten. In dem 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 Gesundheitsdaten verarbeiten. Hierauf weisen wir Sie nochmals und gesondert im Rahmen des Schadenformulars 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 Schadenfalls bereits abgeschlossen, können z. B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten dazu führen, dass die Daten nicht gelöscht werden.

bb) 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 Heilberufes 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.

3. 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 ...), andere Versicherer oder Rückversicherer.

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

4. 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 3 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 10 volle Jahre.

5. 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.

Versicherungsinformation

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 service@allianz-assistance.de 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 Versicherungsparten 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@allianz-assistance.de

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

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

AWP wird als Kurzform von Allianz Partners verwendet und im Folgenden „der Versicherer“ genannt.

Allgemeine Bestimmungen zum Versicherungsschutz MAWISTA Science (kurz: VB AB 18 MSC)

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

§ 1 Wer ist versichert?

1. Versicherte Person ist die namentlich genannte Person, als Sprachschüler, Student, Stipendiat, Doktorand, Gastwissenschaftler oder Praktikant oder als deren Familienangehörige.
2. Versicherungsfähig sind Personen bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres bei Versicherungsbeginn.

§ 2 Welchen Geltungsbereich hat die Versicherung?

1. Der Versicherungsschutz gilt für versicherte Personen weltweit für den vorübergehenden Auslandsaufenthalt (Aufenthalt außerhalb des Heimatlandes). Bei einer Unterbrechung des versicherten Auslandsaufenthalts besteht Versicherungsschutz auch im Heimatland bis zu einer Dauer von sechs Wochen pro Versicherungsjahr.
2. Heimatland ist das Land, in welchem die versicherte Person vor Beantragung des Versicherungsschutzes einen ständigen Wohnsitz hatte.

§ 3 Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

Der Versicherungsschutz

1. 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;
2. endet mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit der Beendigung des versicherten Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich oder dem vereinbarten Zeitpunkt;
3. kann auf Antrag vor Ablauf der ursprünglichen Vertragslaufzeit bis zu insgesamt 60 Monaten (unter Berücksichtigung von gleichartigen Versicherungsverträgen mit anderen Versicherern) verlängert werden. Es gelten jedoch die zum Zeitpunkt des Verlängerungsantrags gültigen Prämien und Versicherungsbedingungen.

§ 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. Ist die 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, 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;
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 Ver-

sicherungsschutz 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.

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 Schadeneignis 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 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?

1. 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.
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 und 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. 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?

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

MAWISTA Science (kurz: VB K 18 MSC)

§ 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.
2. Für die Kosten der ärztlichen Behandlung der Schwangerschaft und Entbindung besteht nur dann im vereinbarten Geltungsbereich Versicherungsschutz, wenn die Schwangerschaft (Emp-

fängnis) nach Versicherungsbeginn eingetreten ist sowie nach Ablauf einer Wartezeit von acht Monaten. 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 Frühgeburten.

3. Pauschaler Spesensatz bei stationärer Unterbrechung: 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 max. € 30,- je Tag, höchstens bis zu 45 Tagen ab Beginn der stationären Behandlung.

§ 2 Welche Kosten werden bei Heilbehandlung erstattet?

1. Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für im vereinbarten Geltungsbereich notwendige ärztliche Heilbehandlung. Dazu gehören die Kosten für
 - a) ambulante Behandlung durch einen Arzt;
 - b) Heilbehandlungen und Arzneimittel, die der versicherten Person ärztlich verordnet wurden;
 - c) stationäre Behandlung im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbarer Operationen. Bei einer Frühgeburt werden (in Abweichung von § 1 VB AB 18 MSC) 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.
 - d) den medizinisch notwendigen Krankentransport zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare und geeignete Krankenhaus im vereinbarten Geltungsbereich und zurück in die Unterkunft;
 - e) schmerzstillende Zahnbehandlung und Reparaturen von Zahnprothesen und Provisorien: Die Kosten werden bis € 500,- pro Versicherungsjahr vollständig übernommen. Bei Kosten zwischen € 500,- und € 1.000,- pro Versicherungsjahr werden die Kosten zu 75 % übernommen. Für darüber hinausgehende Kosten besteht kein Versicherungsschutz;
 - f) die ärztliche Betreuung und Behandlung von Schwangerschaften, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, nach Ablauf einer Wartezeit von acht Monaten;
 - g) unfallbedingte Hilfsmittel bis € 250,- pro Versicherungsjahr;
 - h) ärztlich verordnete Heilmittel, (z. B. Massage- und Fango-Behandlungen oder Lymphdrainagen) bis zu acht Anwendungen insgesamt je Versicherungsjahr; dies gilt auch dann, wenn mehrere Anwendungen innerhalb eines Behandlungs-termins durchgeführt werden.
 - i) 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.

2. Der Versicherer erstattet im bedingungsmaßßen Rahmen die Kosten über die vereinbarte Laufzeit des Versicherungsvertrages hinaus für die Dauer von bis zu acht Wochen, maximal bis zum Tag der Transportfähigkeit, sofern ein Rücktransport während der Vertragslaufzeit medizinisch nicht vertretbar war.

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

Der Versicherer erstattet

1. 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.
2. 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

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. Heilmittel (z. B. Massagen- und Fango-Behandlungen sowie Lymphdrainagen), die acht Behandlungen im Versicherungsjahr übersteigen;
6. die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln; für unfallbedingte Hilfsmittel besteht in Abweichung hierzu Versicherungsschutz bis € 250,- pro Versicherungsjahr;
7. Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten sowie deren Folgen;
8. Behandlungen von Schwangerschaften, die bereits vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, sowie für die Behandlung von Schwangerschaften innerhalb der ersten acht Monate nach Versicherungsbeginn (Wartezeit);
9. durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
10. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose;
11. 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;
12. Krankenrücktransport aus einem der unter Nr. 1, 2, 7 und 9 genannten Gründe.
13. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Kinder- und Jugenduntersuchungen, Zahnvorsorgeuntersuchungen und -prophylaxe, Schutzimpfungen sowie für Honorare und Gebühren für Atteste, Befundberichte und (Arbeitsfähigkeits-) Bescheinigungen, die nicht 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 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,-;
2. ihrem Rücktransport oder der Rückführung in ihr Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit und Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 Nr. 1 VB K 18 MSC 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?

Der Selbstbehalt entfällt.

Versicherungsbedingungen zur Notruf-Versicherung

MAWISTA Science
(kurz: VB N 18 MSC)

Hinweis:

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

§ 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 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.
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 weder vom Versicherer noch von einem anderen Kostenträger die Erstattung vorausgelegter Beträge 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?

1. 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.

2. Stationäre Behandlung

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. Der Versicherer übernimmt die Kosten der Beförderung bei lebensbedrohender Krankheit der versicherten Person oder bei stationärer Behandlungsdauer von mehr als 14 Tagen.

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 bzw. wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die voraussichtliche Dauer des Krankenaufenthalts 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.

Versicherungsbedingungen zur Haftpflichtversicherung

MAWISTA Science
(kurz: VB H 18 MSC)

§ 1 Welches Risiko übernimmt der Versicherer?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens, die die versicherte Person während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich wegen eines Schadenereignisses, das während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich eingetreten ist, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Schadenereignisse sind Tod, Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden).

§ 2 In welcher Weise schützt der Versicherer die versicherte Person vor Haftpflichtansprüchen, und in welchem Umfang leistet er Entschädigung?

1. Der Versicherer prüft die Haftung, wehrt unberechtigte Ansprüche ab und ersetzt die Entschädigung, welche von der versicherten Person geschuldet ist.
Der Versicherer ersetzt die Entschädigung insoweit, als er die Entschädigungspflicht anerkennt oder das Anerkenntnis der versicherten Person genehmigt. Der Versicherer zahlt ebenfalls die Entschädigung, wenn er einen Vergleich schließt oder genehmigt oder wenn eine gerichtliche Entscheidung vorliegt.
2. Macht der Geschädigte oder dessen Rechtsnachfolger den Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend, führt der Versicherer den Rechtsstreit auf seine Kosten im Namen der versicherten Person.
3. Wünscht oder genehmigt der Versicherer die Bestellung eines Verteidigers in einem Strafverfahren gegen die versicherte Person, das aus Anlass eines versicherten Schadenereignisses geführt wird, trägt er die Kosten des Verteidigers.
4. Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, hat er für den daraus entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.
5. Die in § 1 genannten Versicherungssummen bilden die Höchstgrenze für den Umfang der Leistungen des Versicherers pro Versicherungsfall; sie stellen gleichzeitig die Höchstersatzleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres dar.

§ 3 Welche Risiken sind nicht versichert?

Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf

1. Haftpflichtansprüche

- a) soweit sie aufgrund vertraglicher oder sonstiger Zusage über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
- b) der versicherten Personen untereinander und der ihrer Angehörigen (einschließlich Lebenspartner);
- c) wegen der Übertragung einer Krankheit durch die versicherte Person;
- d) wegen Schäden aus beruflicher Tätigkeit. Mitversichert ist jedoch der Regressanspruch des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn gegen die versicherte Person wegen eines Personen- oder Sachschadens infolge Fahrlässigkeit. Ausgeschlossen bleiben Schäden, die durch Vorsatz herbeigeführt wurden. Die Höchstleistung beträgt je Schadenereignis € 10.000,- für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres. Der Selbstbehalt beträgt in jedem Schadenfall 10 % des erstattungsfähigen Schadens, höchstens € 150,-.

2. Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person

- a) aus der Ausübung der Jagd;
- b) wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet oder geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt oder welche sie in Obhut genommen hat. Versichert ist jedoch die Haftpflicht aus der Beschädigung von Räumen in Gebäuden während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich, insbesondere von gemieteten Ferienwohnungen und Hotelzimmern oder der Unterkunft, nicht jedoch des Mobiliars; kein Versicherungsschutz besteht für Haftpflichtansprüche wegen Verschleißes, Abnutzung oder übermäßiger Beanspruchung;
- c) als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Führer eines Kraft-, Luft- oder motorgetriebenen Wasserfahrzeugs wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden.
- d) als Halter und Hüter von Tieren;
- e) für Gefahren, die mit der vorsätzlichen und widerrechtlichen Begehung einer Straftat im unmittelbaren Zusammenhang stehen.

§ 4 Was muss die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls unbedingt beachten? (Obliegenheiten)

Versicherungsfall ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.

1. Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.
2. Die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens oder der Erlass eines Strafbefehls oder eines Mahnbescheids ist dem Versicherer von der versicherten Person auch dann unverzüglich anzuzeigen, wenn der Versicherungsfall dem Versicherer bereits bekannt ist.
3. Wird der Anspruch auf Entschädigung gegen die versicherte Person geltend gemacht, hat sie dies dem Versicherer innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs anzuzeigen.
4. Die versicherte Person hat außerdem dem Versicherer anzuzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.
5. Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisung des Versicherers nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was der Aufklärung des Schadenfalls dient. Sie hat ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadenbericht zu erstatten und alle Umstände, die mit dem Schadenereignis in Zusammenhang stehen, mitzuteilen sowie die entsprechenden Schriftstücke einzureichen.
6. Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, hat die versicherte Person die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem vom Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder vom Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen gerichtliche oder staatliche Verfügungen auf Schadenersatz hat die versicherte Person, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
7. Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder die Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, ist die versicherte Person verpflichtet, dieses Recht in ihrem Namen vom Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Nr. 3 bis 5 finden entsprechend Anwendung.
8. Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

§ 5 Welchen Selbstbehalt trägt die versicherte Person?

Der Selbstbehalt entfällt. Bei Schäden aus beruflicher Tätigkeit beträgt der Selbstbehalt jedoch in jedem Schadenfall 10 % des erstattungsfähigen Schadens, höchstens € 150,-.

MAWISTA Science – Versicherungsleistungen auf einen Blick / Tariftabelle

Tariftabelle		MAWISTA Science
Allgemeine Bestimmungen		
§ 2, Nr. 1 Versicherungsschutz im Heimatland bei einer Unterbrechung des Auslandsaufenthalts	bis zu 6 Wochen je Versicherungsjahr	
Krankenversicherung		
§ 2, Nr. 1 Höhe der Kostenerstattung für ...		
a) ambulante Behandlung	unbegrenzt	
b) Heilbehandlungen und Arzneimittel	unbegrenzt	
c) Stationäre Behandlung	unbegrenzt	
c) Heilbehandlung eines Neugeborenen bei Frühgeburt	max. € 100.000,-	
d) Medizinisch notwendigen Krankentransport ins Krankenhaus	unbegrenzt	
e) Schmerzstillende Zahnbehandlung je Versicherungsjahr	bis € 500,- zu 100 %, über € 500,- bis max. € 1.000,- zu 75 %	
f) Zahnersatz je Versicherungsjahr	nicht versichert	
g) Behandlung wegen Schwangerschaft nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten	unbegrenzt	
h) Unfallbedingte Hilfsmittel je Versicherungsjahr	max. € 250,-	
i) Unfallbedingte Sehhilfen je Versicherungsjahr	nicht versichert	
j) Heilmittel (z. B. Massagen-, Fango-Behandlungen, Lymphdrainagen) je Versicherungsjahr	max. 8 Behandlungen	
k) Rehabilitationsmaßnahmen	unbegrenzt	
§ 2, Nr. 2 Nachleistung nach Ablauf des Versicherungsvertrages bei Transportunfähigkeit	max. 8 Wochen	
§ 3, Nr. 1 Krankenrücktransport ins Heimatland	Kostenerstattung für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport 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,-	
§ 3, Nr. 2 Kostenerstattung für Bestattung vor Ort	max. bis zur Höhe der Überführungskosten	
§ 6 Selbstbehalt	ohne Selbstbehalt	
Notrufversicherung		
§ 1 - § 4	Bietet weltweite Soforthilfe bei Notfällen im vereinbarten Geltungsbereich	
§ 2, Nr. 2 c) Höhe der Kostenübernahmeerklärung bei stationärer Behandlung	max. € 15.000,-	
Haftpflichtversicherung		
§ 1 Versicherungssummen	<ul style="list-style-type: none"> • max. € 1.000.000,- für Personen- und Sachschäden • max. € 250.000,- für Mietsachschäden 	
§ 3, Nr. 1d) Versicherungssumme für Schäden aus beruflicher Tätigkeit wegen Regressansprüchen des Arbeitgebers bei Fahrlässigkeit	max. € 10.000,-	
§ 5 Selbstbehalt bei Schäden aus beruflicher Tätigkeit	10 % des erstattungsfähigen Schadens, max. € 150,- je Schadenfall	
Monatsprämien		
bis 40 Jahre Versicherungsdauer in Monaten	€ 44,80 1. bis 12.	€ 72,10 13. bis 60.
41 bis 55 Jahre Versicherungsdauer in Monaten	€ 88,50 1. bis 12.	€ 143,10 13. bis 60.