



1. Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er ersetzt bei einem unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall während eines Forschungsaufenthalts in Europa Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen und Speziellen Versicherungsbedingungen und den gesetzlichen Vorschriften.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa, wobei die Erstattung auf der Grundlage der in Deutschland üblichen Sätze erfolgt.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person in Europa. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages oder vor Zahlung des ersten Beitrages eingetreten sind, wird nicht geleistet.

3. Versicherbarer Personenkreis; Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

1. Versicherbar sind Personen mit ständigem Wohnsitz außerhalb Deutschlands, die sich nur vorübergehend außerhalb ihres Heimatlandes in Europa aufhalten.
2. Der Versicherungsvertrag wird durch Annahme des Antrags (Aushändigung des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) abgeschlossen.
3. Die Versicherung kann bis zu einer Höchstdauer von 3 Monaten beantragt werden. Eine Verlängerung über die Höchstversicherungsdauer hinaus ist nicht möglich.

4. Umfang der Leistungspflicht

4.1. Allgemeines

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Speziellen Bedingungen. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Heilpraktiker können nicht in Anspruch genommen werden.

Arznei- und Verbandmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird, Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze, Potenzmittel, Haarwuchsmittel sowie nicht rezeptpflichtige Schlankheits- und Abführmittel.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

4.2. Ambulante Heilbehandlung (als Selbstzahler)

- ärztliche Leistungen soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen
- Arznei- und Verbandmittel (siehe 4.1)
- verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls erstmals notwendig werden (ohne Sehhilfen)
- Labor- und Strahlendiagnostik (GOÄ 5000-5380)

Nicht versichert sind:

- Nuklearmedizin (z.B. Szintigraphie), Magnetresonanztomographie (MRT), Strahlentherapie

4.3. Stationäre Heilbehandlung (ohne Wahlleistungen)

- Allgemeine Krankenhausleistungen (im 3- oder Mehrbettzimmer ohne privatärztliche und ohne belegärztliche Behandlung)

Nicht versichert sind:

- die gesondert berechenbare Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer
- die gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte
- die gesondert berechenbare Behandlung durch Belegärzte / Beleghebammen, die nicht am Krankenhaus angestellt sind, aber ihre Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

4.4. Krankentransport zum nächsten geeigneten Krankenhaus

- Medizinisch notwendiger Transport zur stationären Behandlung



4.5. Zahnärztliche Heilbehandlung

- Zahnbehandlung zu 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal € 150,-
- Notbehandlung, um gesunde natürliche Zähne, die durch einen Unfall verloren oder beschädigt wurden, wiederherzustellen oder zu ersetzen. Die Behandlung muss innerhalb von 8 Stunden nach dem Unfall beginnen

Nicht versichert sind:

- Kronen, Inlays, Brücken, Zahnersatz und deren Folgen.

5. Beiträge

Tagesbeitrag pro Person	€ 1,90
Mindestbeitrag pro Person	€ 9,50

6. Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen von:

1. Vorerkrankungen. Als Vorerkrankungen gelten alle bei Vertragsabschluss bzw. bei Abschluss eines Anschlussvertrages bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbare Folgen sowie Folgen von Krankheiten und Unfällen, die in den letzten 12 Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, behandlungsbedürftig waren oder diagnostiziert wurden. Diese Definition der Vorerkrankung gilt auch für jegliche Art von chronischen Erkrankungen sowie bestehenden Zahnschäden und Fehlsichtigkeit.
2. Geburtsfehlern, erblichen und angeborenen Krankheiten;
3. Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
4. geistigen und seelischen Störungen und allen damit verbundenen Ausschlussuntersuchungen und Krankheiten sowie psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
5. Tuberkulose, AIDS und alle damit verbundenen Krankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z.B.: Malaria, Gelbfieber, Cholera);
6. auf Vorsatz beruhenden Krankheiten, Handlungen und Unfällen einschließlich deren Folgen (z. B. durch Selbstmord, Alkoholmissbrauch, Drogenabhängigkeit oder -missbrauch) sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
7. Verlust der Autonomie des Versicherten oder bei erforderlicher Verwahrung des Versicherten, der Aufenthalt und/oder die nicht -medizinische Pflege, die zu Hause oder in einem Erholungs- und Pflegeheim, in einer psychiatrischen Pflegeeinrichtung oder einer gleichartigen Anstalt erbracht werden;

8. Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch nukleare, biologische oder chemische Kontamination, durch aktive Teilnahme an Kriegen, Aufständen, Unruhen oder kriminellen Handlungen verursacht worden sind.

Folgende Behandlungsarten sind von der Leistungspflicht ausgenommen:

1. Hilfsmittel wie z.B. Prothesen, Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Bandagen etc.;
2. Alle physikalisch-medizinischen Behandlungen: Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie;
3. Alternativmedizin, z.B. Osteopathie, Chirotherapie, etc;
4. Transplantationen und damit im Zusammenhang stehende Kosten;
5. Kuren und Behandlungen im Sanatorium sowie für Rehabilitationsmaßnahmen, falls unter Punkt 5.4. nichts anderes bestimmt ist;
6. Immunisierungsmaßnahmen;
7. Kosmetische Behandlungen (z. B. Warzenentfernungen);
8. Behandlungen oder operative Eingriffe zur Korrektur des Sehvermögens, beispielweise durch Laserbehandlung, refraktive Keratotomie (RK) und fotorefraktive Keratotomie (PRK). Erstattungsfähig ist die Korrektur des Sehvermögens, wenn diese Behandlung aufgrund einer Störung, Krankheit oder Verletzung (beispielweise Katarakt oder Netzhautablösung) notwendig wird;
9. Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbrüche und Entbindung, Schwangerschaftsverhütungsmittel (z.B. Pille, Spirale) und deren Folgen;
10. Vorsorge (z.B. Krebs) und medizinische Routineuntersuchungen (einschließlich Impfungen);
11. operative und hormonelle Angleichung der biologischen Geschlechtsmerkmale an das andere Geschlecht;
12. Gutachten, Atteste, Heil- und Kostenpläne, soweit sie vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten vorzulegen sind;
13. Behandlung durch Familienangehörige und jede Art von Selbsttherapie;
14. Rück- und Überführungskosten;
15. Leistungen, Behandlungen und Ausgaben, die nicht ausdrücklich in den Versicherungsbedingungen genannt und spezifiziert sind.

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen Angemessenen Betrag herabsetzen



7. Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Die Original-Rechnungen sind zusammen mit dem jeweils zugehörigen, vollständig ausgefüllten und vom Arzt unterschriebenen Schadenformular einzureichen. Rezepte für Medikamente, die vom Arzt verschrieben sein müssen, sind gemeinsam mit der zugehörigen Arztrechnung einzureichen. Um die Abwicklung zu erleichtern und die Kosten möglichst schnell erstatten zu können, akzeptiert der Versicherer auch die telekommunikative Übermittlung von Kostenbelegen per E-Mail, soweit die Übertragungsqualität eine Bearbeitung zulässt. Bei berechtigtem Interesse kann der Versicherer die Originalbelege anfordern.
3. Hat eine versicherte Person auch Anspruch auf Leistungen anderer Versicherer oder bestehen Schadenersatzansprüche gegen Dritte, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach der Vorleistung notwendig bleiben. Schadenersatzansprüche sind schriftlich an den Versicherer abzutreten.
4. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Behandlungsnachweisen zu leisten, es sei denn, er hat begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders.
5. Der Versicherer kann unabhängigen mit der Auszahlung von Krankenversicherungsleistungen vertrauten Spezialisten die Leistungsregulierung übertragen.

8. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet, auch für schwebende Versicherungsfälle, mit Ablauf des Versicherungsvertrages, spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in Europa.

9. Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Tagesbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.
2. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

10. Obliegenheiten

1. Geplante ambulante Operationen sind sofort schriftlich anzuzeigen.
2. Die Original-Rechnungen sind so schnell wie möglich, in jedem Fall aber innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungserhalt mit einem vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Schadenformular zur Erstattung einzureichen.
3. Jede Eheschließung mit einer/m deutschen Staatsbürger/in und/oder der Erhalt der deutschen Staatsangehörigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

11. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist von der Verpflichtung der Leistung frei, wenn eine der in Ziffer 10 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

12. Versicherungsende

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.
2. Der Vertrag endet mit sofortiger Wirkung, wenn durch unrichtige Angaben oder betrügerische Mittel eine Leistung unberechtigterweise beansprucht oder erhalten wurde.
4. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tag der Eheschließung mit einer/m deutschen Staatsbürger/in und/oder dem Erhalt der deutschen Staatsangehörigkeit.

13. Versicherer

Versicherer des Short Term Travel Plan ist

Foyer Santé S.A.
Foyer Global Health
12, rue Léon Laval
L - 3372 Leudelange

14. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform. Zur Entgegennahme aller Willenserklärungen und Anzeigen ist bevollmächtigt:

IHC-Company S.A.
23, Rue Aldringen
L - 1118 Luxembourg