

SPEZIELLE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

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 Forschungsaufenthalt in Europa Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen, soweit nach Ziffer 1, Punkt 4 nichts anderes vereinbart wurde.
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. Als Versicherungsfall gelten auch Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kinder U1 bis U9, Standardimpfungen sowie der Tod.
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 weltweit (inklusive Heimatland bis zu 6 Wochen), wobei die Erstattung auf der Grundlage der in Deutschland üblichen Sätze erfolgt.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

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

2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tag der Geburt die Mutter beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens einen Monat nach der Geburt rückwirkend zum Geburtstag erfolgt.

3. Versicherbarer Personenkreis; Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

1. Versicherbar sind Stipendiaten, Gastwissenschaftler und Studenten mit ständigem Wohnsitz außerhalb Deutschlands, die sich zur Durchführung wissenschaftlicher Forschungsarbeiten nur vorübergehend außerhalb ihres Heimatlandes in Europa aufhalten und beabsichtigen, nach Abschluss der Forschungsarbeiten in ihr Heimatland zurückzukehren. Das Stipendium darf nicht der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Im Vertrag mit dem Stipendiaten sind zu gleichen Bedingungen auch die Familienangehörigen versicherbar, die vom Stipendiaten wirtschaftlich abhängig sind.
2. Der Versicherungsvertrag wird durch Annahme des Antrags (Aushändigung des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) abgeschlossen.
3. Die Versicherung wird für die anfängliche Dauer von höchstens einem Jahr abgeschlossen. Sie verlängert sich stillschweigend um ein Jahr bis die Höchstdauer von 5 Jahren erreicht wird. Sollte ein unter §12 aufgeführter Beendigungsgrund eintreten, endet der Vertrag vorzeitig. In die Versicherungsdauer wird auch die Zeit für vor Beginn des eigentlichen Stipendiums liegende Sprachkurse mit eingeschlossen. Zum Nachweis kann eine Stipendienbestätigung gefordert werden.
4. Bei der Verlängerung werden die zum Verlängerungszeitpunkt gültigen Beiträge und Bedingungen angewandt.

4. Wartezeit

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie beträgt für Entbindung und Zahnersatz 8 Monate. Die Wartezeit für Entbindung kann durch besondere Vereinbarung verändert werden.

SPEZIELLE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

5. Umfang der Leistungspflicht

5.1. 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.

5.2. Selbstbeteiligungen

Selbstbeteiligung für ambulante Heilbehandlungen gemäß Punkt 5.3.:

- € 20,- pro Arztbesuch, pro Vorsorge

Selbstbeteiligung für die fakultative Zusatzleistung Schwangerschaft gemäß Punkt 5.8.:

- € 750,- pro Schwangerschaft

5.3. 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 5.1)
- Vorsorge U1 bis U9 und Standardimpfungen gemäß unserem Kalender
- verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls erstmals notwendig werden (ohne Sehhilfen) bis zu € 500,- pro 12 Monate

- Labor- und Strahlendiagnostik (GOÄ 5000-5380)

Nicht versichert sind:

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

5.4. Stationäre Heilbehandlung (ohne Wahlleistungen)

- Allgemeine Krankenhausleistungen (im 3- oder Mehrbettzimmer ohne privatärztliche und ohne belegärztliche Behandlung)
- Rehabilitationsmaßnahmen als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung

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.

5.5. Krankentransport zum nächsten geeigneten Krankenhaus

- Medizinisch notwendiger Transport zur stationären Behandlung

5.6. Zahnärztliche Heilbehandlung

- Zahnärztliche / Kieferchirurgische Heilbehandlung
- Zahnbehandlung zu 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal € 500,- pro Versicherungsjahr (12 Monate)
- Zahnersatzkosten zu 75% max. €2000,- in 2 Versicherungsjahren nach 8 Monaten Wartezeit

5.7. Rücktransport, Überführungskosten

Versichert sind:

- die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport von Deutschland ins Heimatland.

SPEZIELLE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

- Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.
- im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch die Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu € 10.000,-.

5.8. Fakultative Zusatzleistung Schwangerschaft / Entbindung

- Schwangerschaftstests, Schwangerschaftsbehandlungen, Geburtshilfe und Wochenbett, Behandlung wegen Fehlgeburt, Eileiterschwangerschaft, medizinisch indizierter Kaiserschnitt (analog zu 5.2 - 5.5.)
- Weiterführende sonographische Diagnostiken gemäß Mutterschafts-Richtlinien max. 3-mal pro Schwangerschaft.
- Die Zusatzleistung kann nur gegen einen Zusatzbeitrag für mindestens ein ganzes Versicherungsjahr (12 Monate) abgeschlossen werden, unabhängig vom Zeitpunkt der Entbindung. Ein Einschluss innerhalb eines Versicherungsjahres oder eine vorzeitige Auflösung der Zusatzleistung ist nicht möglich. Die Zusatzleistung muss vor Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres schriftlich beantragt werden.
- Die Wartezeit von 8 Monaten für Entbindung entfällt nur, wenn der Versicherungsbeginn mit dem Beginn des Sprachstipendiums oder zumindest mit dem Beginn des Forschungsstipendiums übereinstimmt.

6. Beiträge

Die monatlichen Beiträge:	bis zum 18. Monat	ab dem 19. Monat
- Versicherungsnehmer	€ 56,43	€ 86,43
- Versicherte Person	€ 60,00	€ 90,00
- Zusatzleistung Schwangerschaft	€ 130,00	€ 150,00

7. 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 nichtmedizinische 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.;

SPEZIELLE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

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. Warzentfernungen);
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 Netzhaut-ablösung) notwendig wird;
9. Schwangerschaftsverhütungsmittel (z.B. Pille, Spirale) und deren Folgen sowie Schwangerschaftsabbrüche;
10. operative und hormonelle Angleichung der biologischen Geschlechtsmerkmale an das andere Geschlecht;
11. alle versäumten Impfungen gemäß unserem Impfkalender und versäumte Vorsorgeuntersuchungen U1-U9;
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. 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

8. 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 Behandlungsschein 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.

9. Ende des Versicherungsschutzes

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit maximal für die Dauer von 8 Wochen weiter.

SPEZIELLE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

10. Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Beiträge sind am Ersten eines jeden Versicherungsjahres fällig, können aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Der Beitrag wird jährlich überprüft und wenn erforderlich zum 1.1. des Folgejahres angepasst.
2. Beginnt die Versicherung nicht am 1. eines Kalendermonats, ist für den ersten Vertragsmonat nur der anteilige Betrag der ersten monatlichen Beitragsrate zu zahlen.
3. Endet die Versicherung nicht am Monatsende, ist für den letzten Monat nur der anteilige Betrag der monatlichen Rate zu zahlen.
4. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
5. Die nicht rechtzeitige Zahlung eines Folgebeitrages führt zum Verlust des Versicherungsschutzes.

11. 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 Behandlungsschein zur Erstattung einzureichen.
3. Jede Eheschließung mit einer/m deutschen Staatsbürger/in und/oder der Erhalt der deutschen Staatsangehörigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

12. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist von der Verpflichtung der Leistung frei, wenn eine der in Ziffer 11 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

13. Versicherungsende

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, zum Ende des Stipendiums oder zu einem schriftlich mitgeteilten vorzeitigen Ende, je nachdem welches Ereignis früher eintritt.
2. Der Vertrag endet mit sofortiger Wirkung, wenn durch unrichtige Angaben oder betrügerische Mittel eine Leistung unberechtigterweise beansprucht oder erhalten wurde.
3. Mit Beendigung der Versicherung des Stipendiaten endet auch die Versicherung seiner Angehörigen.
4. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tag der Eheschließung mit einer/m deutschen Staatsbürger/in und/oder dem Erhalt der deutschen Staatsangehörigkeit.

14. Versicherer

Versicherer des International Science HealthCare Plan ist

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

15. 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