

Wir sind die Würzburger Versicherungs-AG (nachfolgend Würzburger genannt). Der Versicherungsnehmer ist Vertragspartner der Würzburger. Die versicherte/n Person/en ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Diese bezeichnen wir in den Versicherungsbedingungen ebenfalls mit „Sie“. Für eine leichtere Lesbarkeit verwenden wir in der Regel die männliche Form. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

Die vereinbarten Leistungen ergeben sich aus der Anmeldung / dem Antrag, dem gewählten Tarif, dem Versicherungsschein und gegebenenfalls späteren schriftlichen Vereinbarungen.

Inhaltsverzeichnis

A Allgemeine Regelungen – gültig für alle Versicherungen	2
1. Versicherungsschutz	2
2. Versicherungsvertrag	3
3. Beitragszahlung	3
4. Allgemeine Leistungseinschränkungen	4
5. Obliegenheiten	4
6. Schadenfall	4
B. Krankenversicherung	5
1. Allgemeine Regelungen	5
2. Leistungsumfang	6
3. Leistungseinschränkungen	8
4. Obliegenheiten im Schadenfall	9
C. Unfallversicherung	10
1. Allgemeine Regelungen	10
2. Leistungsumfang	10
3. Leistungseinschränkungen	11
4. Obliegenheiten im Schadenfall	12
D. Haftpflichtversicherung	12
1. Allgemeine Regelungen	12
2. Leistungsumfang	13
3. Leistungseinschränkungen	13
4. Obliegenheiten im Schadenfall	15
E. Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	16

A Allgemeine Regelungen – gültig für alle Versicherungen

1. Versicherungsschutz

1.1 Versicherte Personen – Wer kann sich versichern?

Versichert sind alle angemeldeten und namentlich aufgeführten Saisonarbeitskräfte (z.B. Erntehelfer)

- mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die sich nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) aufhalten
- mit deutscher Staatsbürgerschaft, wenn sie seit mehr als 2 Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben und sich nur vorübergehend in der BRD aufhalten

und bei der Einreise in die BRD arbeitsfähig sind.

Versicherungsfähig sind alle volljährigen Personen bis zum vollendeten 70. Lebensjahr, die in der BRD nicht sozialversicherungspflichtig sind.

1.2 Zweck des Aufenthaltes – Welche Reisen sind versichert?

Zweck des Aufenthaltes ist die Saisonarbeit (sofern nicht Baugewerbe; Garten- und Landschaftsbau kann jedoch versichert werden) oder ein zeitlich begrenztes Praktikum in einem landwirtschaftlichen Betrieb in der BRD.

1.3 Geltungsbereich – Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt während der Wirksamkeit des Vertrages bei einem vorübergehenden legalen Aufenthalt in der BRD.

1.4 Beginn Versicherungsschutz – Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz für die versicherte Person beginnt mit dem (z.B. per Meldeliste) gemeldeten Zeitpunkt. Er beginnt jedoch frühestens mit der Einreise in die BRD. Frühestens mit Anmeldung der versicherten Person (Zugang der vollständig ausgefüllten Meldeliste) bei der Würzburger, Abschluss des Versicherungsvertrages und Zahlungseingang der Prämie.

Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind oder bestehen, wird nicht geleistet. In der Krankenversicherung besteht keine Leistungspflicht für Krankheiten und Beschwerden einschließlich deren Folgen, die bei Antragsstellung bereits bestanden und der versicherten Person bekannt waren.

1.5 Vorläufige Deckung – Was passiert, wenn der Einreisetag noch nicht bekannt ist?

Steht der genaue Termin der Einreise noch nicht fest, kann der Versicherungsschutz unter Angabe des voraussichtlich geplanten Aufenthaltes beantragt werden.

Es wird vorläufiger Versicherungsschutz ab Einreise gewährt. Dies sofern der Versicherungsnehmer den genauen Einreisetag innerhalb von zwei Tagen nach Einreise der zu versichernden Person bei der Würzburger meldet.

1.6 Ende Versicherungsschutz – Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet

- zum vereinbarten Zeitpunkt
- mit dem Tag des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit nach Teil A Ziffer 1.1
- mit dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis des Vertrages
- mit dem Tod der versicherten Person
- mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses
- mit Beendigung des Rücktransportes gemäß Teil B Ziffer 2.5.2
- mit Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes in der BRD

Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle.

1.7 Vorzeitige Beendigung – Was passiert bei einer vorzeitigen Rückkehr ins Heimatland?

Wird der Aufenthalt in der BRD vorzeitig abgebrochen, kann der für die entsprechende Zeit nicht verbrauchte Beitrag erstattet werden. Der Antrag muss schriftlich innerhalb von 14 Tagen nach Ende des Aufenthaltes bei der Würzburger gestellt werden. Auf Verlangen müssen Sie die vorzeitige Beendigung des Aufenthaltes innerhalb von zwei Wochen nachweisen.

1.8 Verlängerung Versicherungsschutz – Kann der Versicherungsschutz verlängert werden?

1.8.1 Private Verlängerungen

Der Versicherungsschutz kann für einen privaten Aufenthalt der versicherten Person im Anschluss an die Saisonarbeitertätigkeit um maximal 90 Tage verlängert werden. Der Antrag auf Verlängerung ist spätestens 14 Tage vor Ablauf der regulären Versicherungsdauer durch den Versicherungsnehmer bei der Würzburger zu stellen und bedarf deren Zustimmung. Die Höhe der Tagesprämie richtet sich nach der Gesamtversicherungsdauer der privaten Reise.

1.8.2 Verlängerung der Saisonarbeit

Bei einer Verlängerung der Saisonarbeit kann während des laufenden Versicherungsvertrages eine Verlängerung der ursprüngliche Versicherungsdauer bis zur Höchstversicherungsdauer (Ende der Versicherungsfähigkeit) beantragt werden. Der Antrag auf Verlängerung muss der Würzburger vor dem vereinbarten Versicherungsablauf vorliegen.

1.8.3 Versicherungsschutz Verlängerungsvertrag

Bei einer Vertragsverlängerung besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, die nach der Beantragung der Verlängerung neu eingetreten sind.

1.9 Selbstbehalt – Gibt es einen Selbstbehalt?

Es ist kein Selbstbehalt vereinbart.

2. Versicherungsvertrag

2.1 Abschlussfrist – Wie ist die Abschlussfrist?

Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist spätestens innerhalb von 14 Tagen nach der Einreise in die BRD zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Ablauf der Frist von 14 Tagen ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht möglich.

2.2 Laufzeit des Vertrages – Welche Laufzeit hat der Vertrag?

Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes in der BRD abgeschlossen werden. Er beginnt mit dem gemeldeten Versicherungsbeginn und endet zum vereinbarten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Ausreise der letzten versicherten Person.

2.3 Rechtsgrundlage - Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus:

- dem Antrag, auch Onlineantrag
- dem Versicherungsschein
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- besonderen schriftlichen Vereinbarungen (sofern vorhanden)

Außerdem gelten die gesetzlichen Vorschriften der BRD. Falls internationales Recht nicht entgegensteht. Dies gilt vor allem für die im Anhang aufgeführten Gesetzesbestimmungen, die Inhalt des Vertrages sind. Wir betreiben diese Versicherung in Form der Schadenversicherung gegen feste Prämie.

Hinweise zum Datenschutz:

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihre Rechte dazu finden Sie unter <https://www.erntehelfer-versichern.de/datenschutz/>. Sie können diese Informationen auch bei uns anfordern.

2.4 Zuständiges Gericht - Welches Gericht ist zuständig?

Sie können eine Klage gegen die Würzburger bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem

- wir unseren Sitz haben.
- Sie Ihren ständigen Wohnsitz haben.
- Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.
- Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben (Versicherungsnehmer ist eine juristische Person).

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem

- Sie Ihren Wohnsitz haben.
- Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.
- Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben (Versicherungsnehmer ist eine juristische Person).

2.5 Willenserklärung und Anzeigen - Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie schriftlich formulieren. Beispielsweise per

- Brief
- Fax
- E-Mail
- elektronischem Datenträger

Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht berechtigt.

3. Beitragszahlung

3.1 Fälligkeit der Prämie – Wann ist die Prämie fällig?

Der einmalige Beitrag ist sofort fällig nachdem Sie den Versicherungsschein erhalten. Aber frühestens zum vereinbarten Versicherungsbeginn.

Wenn Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, finden die Bestimmungen des § 37 Versicherungsvertragsgesetz Anwendung. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir vom Vertrag zurücktreten.

Folgebeiträge aufgrund Änderungen werden zum jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, finden die Bestimmungen des § 38 Versicherungsvertragsgesetz Anwendung. Unter den dort genannten Voraussetzungen müssen wir nicht leisten oder können den Vertrag kündigen.

3.2 Beitragshöhe – Wie errechnet sich die Höhe des Beitrags?

Die Beitragshöhe richtet sich nach der Vertragslaufzeit (Gesamtzahl der Reisetage) und dem gewünschten Tarif.

3.3 Beitragseinzug – Was gilt für den Beitragseinzug?

Wir haben mit Ihnen Beitragseinzug per Lastschrift vereinbart. Den Beitrag ziehen wir unverzüglich nach Mandatserteilung ein, frühestens jedoch zum vereinbarten Versicherungsbeginn.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn wir den Beitrag am Abbuchungstag einziehen können und Sie der Lastschrift nicht widersprechen. Sie gilt ebenfalls als rechtzeitig, wenn

- Sie den fehlgeschlagenen Einzug nicht verschuldet haben.
- Sie die Zahlung unverzüglich nach unserer Aufforderung vornehmen.

4. Allgemeine Leistungseinschränkungen - Welche Ereignisse sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

- für Unfälle und Krankheiten, die durch die Teilnahme an einem Streik, inneren Unruhen, Kriegsereignissen, Expeditionen, Kernenergie und Eingriffe hoher Hand entstanden sind.
- wenn der Schaden vorsätzlich herbeigeführt wurde.
- wenn die versicherte Person versucht uns arglistig zu täuschen. Und zwar über Umstände, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

5. Obliegenheiten

5.1 Allgemeine Obliegenheiten – Welche allgemeinen Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie?

Zu Ihren Pflichten gehört, dass Sie

- korrekte Angaben machen.
- uns angeforderte Belege vorlegen.
- sonstige Pflichten erfüllen. Diese sind in den Versicherungsbedingungen formuliert.

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die Obliegenheiten in den Teilen B, C und D.

5.2 Obliegenheiten im Schadenfall – Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?

Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind Sie als Versicherungsnehmer oder als versicherte Person dazu verpflichtet,

- den Schaden unverzüglich bei uns anzuzeigen.
- den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden.
- alles zu tun, was zur Aufklärung des Schadenfalls dient.
- korrekte Angaben zu machen.
- uns angeforderte Belege vorzulegen.
- alle sonstigen Pflichten zu erfüllen, die in den Versicherungsbedingungen formuliert sind.

5.3 Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen – Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Bei Obliegenheitsverletzungen greifen die Regelungen des § 28 Abs. 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz. Diese finden Sie im Teil E. Wenn Sie vertragliche Pflichten (Obliegenheiten) verletzen, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei.

Diese Folgen gelten auch bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten der Teile B, C und D.

6. Schadenfall

6.1 Entschädigung – Was gilt für die Entschädigung im Schadenfall?

6.1.1 Fälligkeit der Leistung

Wir zahlen die Versicherungsleistung innerhalb von zwei Wochen. Dies gilt, wenn:

- unsere Pflicht zu leisten dem Grunde und der Höhe nach festgestellt ist.
- uns die Rechnung im Original und die notwendigen Nachweise vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

Wurden im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall ein strafrechtliches Verfahren oder behördliche Erhebungen eingeleitet, sind wir dazu berechtigt die Regulierung bis zum rechtskräftigen Abschluss aufzuschieben.

6.1.2 Kosten in ausländischer Währung

Wir rechnen die in ausländischer Währung entstandenen Kosten zum Kurs des Tages um, an dem wir die Belege erhalten. Es gilt der amtliche Devisenkurs. Außer Sie kauften die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen zu einem ungünstigeren Kurs. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Folgende Mehrkosten können wir von dem zu erstattenden Betrag abziehen:

- Kosten für die Überweisung in das Ausland außerhalb des SEPA-Raums.
- Kosten für besondere Überweisungsformen, die Sie beauftragten.

- 6.1.3 Ansprüche aus anderen Versicherungsverträgen
Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderem Versicherungsvertrag (z.B. gesetzliche Krankenversicherung oder andere Versicherer) beansprucht werden, so geht der andere Vertrag diesem vor. Ihnen stehen insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu.
Wenn Sie den Schaden zuerst uns melden, erstatten wir Ihnen die in diesem Tarif versicherten Kosten. Danach werden wir mit den anderen Versicherern klären, ob und wie diese untereinander aufgeteilt werden.
Wir verzichten auf eine Kostenteilung mit einer privaten Krankenversicherung, wenn Ihnen hierdurch Nachteile entstehen.
- 6.1.4 Leistungsempfänger
Die versicherte Person kann abweichend von § 44 Absatz 2 und § 45 Absatz 1 VVG die Ansprüche aus dem Vertrag ohne Mitwirkung des Versicherungsnehmers geltend machen.
Auch der Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen ist zum Empfang von Versicherungsleistungen berechtigt. Haben wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders, werden wir nicht an ihn leisten.
- 6.1.5 Verjährung der Ansprüche
Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
- 6.2 Ansprüche gegen Dritte - Welche Ansprüche gegen Dritte gehen auf uns über?**
Für Ansprüche versicherungsrechtlicher Art findet § 86 Versicherungsvertragsgesetz Anwendung.
Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art müssen Sie schriftlich an uns abtreten. Und zwar bis zur Höhe, in der wir aus dem Vertrag Kostenersatz leisten.
Falls Sie von schadensersatzpflichtigen Dritten Ersatz der Ihnen entstandenen Kosten erhalten haben, dürfen wir den Ersatz auf unsere Leistungen anrechnen.
- 6.3 Forderungsaufrechnung - Was müssen Sie bei Forderungsaufrechnung beachten?**
Abweichend von § 35 VVG ist eine Aufrechnung von Forderungen durch uns gegenüber der versicherten Person ausgeschlossen. Dies gilt insbesondere für Prämienrückstände des Versicherungsnehmers. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

B. Krankenversicherung

1. Allgemeine Regelungen

1.1 Versicherungsfall – Was ist ein Versicherungsfall?

Ein Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlung mehr notwendig ist.

Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Untersuchungen und/oder Behandlungen

- wegen Beschwerden oder Komplikationen während der Schwangerschaft.
- wegen Frühgeburten (bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche).
- wegen Fehlgeburten.

Außerdem gelten als Versicherungsfall auch

- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche.
- Entbindungen wegen Frühgeburt.
- medizinisch sinnvoller und vertretbarer Krankenrücktransport.
- Tod.

Es entsteht ein neuer Versicherungsfall, wenn die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden muss, welche nicht die gleiche Ursache hat wie die bisher behandelte.

Was wir im Versicherungsfall leisten, lesen Sie unter Ziffer 1.2 und 1.3. Bitte lesen Sie auch Ziffer 1.4 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, in welchen Fällen wir nicht oder eingeschränkt leisten.

1.2 Arztwahl – Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Sie haben die Möglichkeit frei unter den gesetzlich anerkannten und zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten zu wählen, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte abrechnen.

Bei medizinisch notwendigen stationären Behandlungen besteht freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

1.3 Methoden – Für welche Methoden leisten wir?

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und für Arzneimittel, die von der Schulmedizin in Deutschland überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Zu diesen Methoden zählen z. B. homöopathische Behandlungen, Schröpfen, Akupunktur zur Schmerzbehandlung, Behandlung mit Eigenblut, Chirotherapie und therapeutische Lokalanästhesie.

Bei Anwendung dieser Methoden können wir die Leistungen auf den Betrag reduzieren, der bei schulmedizinischen Methoden und Arzneimittel angefallen wäre.

1.4 Höhe und Begrenzung der Leistung – Welche Höhe und Begrenzung gilt für die Leistung?

1.4.1 Tarife

Die Versicherung kann nach den folgenden Tarifen vereinbart werden:

- Klassik: Leistung bis zum 1,7-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ)
- Komfort: Leistung bis zum 2,3-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ)

Der Unterschied zwischen den Tarifen besteht nur im erstattungsfähigen Gebührensatz der Ärzte und Zahnärzte nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ).

Für den Versicherungsvertrag kann nur einer der beiden Tarife vereinbart werden.

1.4.2 Allgemeine Leistungseinschränkungen

Wir können die Leistungen auf einen angemessenen Betrag reduzieren, wenn

- die Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt.
- die Kosten für die Heilbehandlung das ortsübliche Maß übersteigt.

1.4.3 Verlängerung der Versicherungsdauer bei Transportunfähigkeit

Ist die Rückreise der versicherten Person aus medizinischen Gründen (ärztlich nachgewiesene Transportunfähigkeit) bis zum Ende der vereinbarten Laufzeit nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz bis zum Eintritt der Transportfähigkeit. In diesem Fall erstatten wir die Kosten der Heilbehandlung über die vereinbarte Laufzeit des Versicherungsschutzes hinaus, maximal für die Dauer von 4 Wochen.

2. Leistungsumfang

2.1 Ambulante Behandlung – Für welche ambulanten Behandlungen leisten wir?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlungen.

Die Kosten werden im Rahmen der GOÄ bis zu den in Teil B Ziffer 1.4.1 festgelegten Höchstsätzen des vereinbarten Tarifs erstattet.

2.2 Zahnärztliche Behandlung – Für welche zahnärztlichen Behandlungen leisten wir?

Wir erstatten die Kosten für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen.
- Zahnfüllungen in einfacher Ausführung.
- provisorische Zahnersatzleistungen.
- Reparaturen von notwendigen Inlays und vorhandenem Zahnersatz.

Die Kosten werden im Rahmen der GOZ bis zu den in Teil B Ziffer 1.4.1 festgelegten Höchstsätzen des vereinbarten Tarifs erstattet.

Übersteigen die voraussichtlichen Gesamtkosten einen Betrag von 300,- EUR, muss eine Kostenvorausschätzung bzw. ein Kostenvoranschlag eingereicht werden. Diese bzw. dieser bedarf der Genehmigung der Würzburger. Die Würzburger verpflichtet sich die Kostenvorausschätzung bzw. den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die Versicherungsleistung mitzuteilen.

Wird vor der Behandlung kein Kostenvoranschlag bzw. keine Kostenvorausschätzung eingereicht, werden die erstattungsfähigen Kosten, welche den Betrag von 300,- EUR übersteigen, zu 50 % erstattet.

2.3 Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel – Für welche Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel leisten wir?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige und von unter Ziffer 1.2 genannten Behandlern verordnete

- Medikamente und Verbandmittel
- Heilmittel
- Hilfsmittel

Als Medikamente zählen nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate.

Wir übernehmen jedoch die Kosten für Nahrungsmittel zur Vermeidung von schweren gesundheitlichen Schäden z.B. gegen Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose.

Versicherte Heilmittel sind Strahlen- und Lichtbehandlungen sowie sonstige physikalische Behandlungen. Als Heilmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, gelten nicht Massagen, Bäder, medizinische Packungen.

Hilfsmittel erstatten wir in einfacher Ausführung. Falls Sie diese während Ihrer Reise zur Gewährleistung einer vorübergehenden Versorgung benötigen. Wir erstatten die Mietgebühr für diese Hilfsmittel. Falls eine Leihe nicht möglich ist, erstatten wir den Kaufpreis. Kosten für Sehhilfen und Hörgeräte (z.B. Brillen, Kontaktlinsen) erstatten wir nicht.

Wir erstatten die medizinisch notwendigen Kosten für die Anschaffung von Herzschrittmachern oder Prothesen, falls Sie diese wegen Unfällen oder Erkrankungen, die erstmalig während der Reise auftreten, brauchen.

2.4 Schwangerschaft – Für welche Behandlungen bei Schwangerschaft leisten wir?

Wir erstatten bei Schwangerschaftsbeschwerden oder -komplikationen die Kosten für medizinisch notwendige Untersuchungen und/oder Behandlungen durch einen Arzt.

Ist es für die Abwendung von lebensbedrohlichen Gefahren für Mutter und/oder Kind notwendig, übernehmen wir die Kosten für

- eine Heilbehandlung bei einer Fehlgeburt.
- einen medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch.
- eine Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche.

2.5 Stationäre Behandlung – Welche Kosten übernehmen wir bei stationärer Behandlung?

Wir erstatten die Kosten für

- die Heilbehandlung im Krankenhaus (allgemeine Krankenhausleistungen ohne privatärztliche Behandlung). Hierzu zählen auch
 - Unterkunft,
 - Verpflegung und
 - Pflege im Krankenhaus.
- den Transport in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus
 - zur stationären Behandlung.
 - im Anschluss an die Erstversorgung beim Notfallarzt.
- unaufschiebbare Operationen und Operationsnebenkosten.

Nicht erstattet werden sonstige Wahlleistungen und gesondert berechenbare Kosten für eine bessere Unterbringung (1- oder 2-Bettzimmer).

2.6 Transportkosten – Welche Transportkosten übernehmen wir?

2.6.1 Ins nächstgelegene geeignete Krankenhaus

Wir erstatten die Kosten für

- den notwendigen Transport zur erforderlichen Erstversorgung zum nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt. Der Transport zurück in die Unterkunft ist ebenfalls mitversichert.
- den notwendigen Transport zur Verlegung von der Einrichtung der Erstversorgung zu einem Krankenhaus bzw. Arzt.

2.6.2 Ins nächstgelegene Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person

Wir erstatten die Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person. Hierfür muss jedoch mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar und wird von dem behandelnden Arzt in der BRD schriftlich angeordnet.
- Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Behandlung im Krankenhaus in der BRD voraussichtlich 14 Tage.
- Die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung in der BRD übersteigen die Kosten für den Rücktransport.

Zusätzlich übernehmen wir die Kosten für eine Begleitperson, sofern dies medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder durch das ausführende Transportunternehmen vorgeschrieben ist.

2.7 Überführungs- und Bestattungskosten – Welche Kosten übernehmen wir bei Überführung und Bestattung?

Wir organisieren die Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz und übernehmen die zusätzlichen Kosten dafür. Alternativ erstatten wir die Kosten für die Bestattung des Verstorbenen am Sterbeort bis zu der Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens jedoch bis 30.000,- EUR.

3. Leistungseinschränkungen

3.1 Einschränkung der Leistungspflicht – In welchen Fällen leisten wir nicht?

Es besteht keine Leistungspflicht für

- bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Erkrankungen (auch Anomalien) und deren Folgen sowie für die in den letzten drei Monaten vor Versicherungsbeginn behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen. Diese Leistungseinschränkung gilt ebenso für Unfallfolgen.
- Behandlungen, die der einzige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.
- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßigem Aufenthalt stattfinden müssen.
- Krankheiten sowie Unfälle und deren Folgen, die durch
 - Vorsatz,
 - Selbstmord oder den Versuch eines Selbstmordes sowie
 - Sucht (z. B. Alkohol, Drogen etc.)hervorgerufen werden. Es besteht ebenso keine Leistungspflicht für Behandlungen, die dem Entzug oder der Entwöhnung dienen.
- Krankheiten einschließlich ihrer Folgen infolge von Alkoholgenuss sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind. Dies gilt insbesondere, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfall- oder Todeszeitpunkt von 1,5 Promille und mehr nachgewiesen ist.
- Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen.
- Ansteckungskrankheiten, die ggf. erst bei einer unmittelbar mit der Einreise durchgeführten Untersuchung festgestellt werden.
- Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen (z. B. Krebsvorsorgeuntersuchung).
- vorbeugende Impfungen, Immunisierungen sowie für prophylaktische Maßnahmen.
- Untersuchungen und Behandlungen wegen Fehlsichtigkeit.
- Behandlungen wegen Akne, Haarausfall, Muttermalen und Warzen, kosmetische Behandlungen sowie Packungen.
- Untersuchungen durch Heilpraktiker.
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.
- ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Diese Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig ist.
- Behandlungen durch Ehepartner/Lebensgefährten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifmäßig erstattet.
- Behandlungen oder Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung.
- Behandlungen geistiger oder seelischer Krankheiten sowie für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen.
- Stütz- und Inlagefüllungen, Überkronungen, prothetische Leistungen (Zahnersatz), kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, systematische Parodontose/Parodontitis-Behandlung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Wurzelspitzenresektionen sowie implantologische Leistungen.

4. Obliegenheiten im Schadenfall

4.1 Obliegenheiten im Schadenfall – Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?

4.1.1 Entbindung von der Schweigepflicht

Nach dem Eintritt des Versicherungsfalles sind Sie dazu verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere zu früheren, bestehenden und bis zum Ende des Vertrages eintretenden

- Krankheiten.
- Folgen von Unfällen.
- Gebrechen.

Dies gilt auch für beantragte, bestehende und beendete Personenversicherungen.

Sie sind außerdem dazu verpflichtet, Behandler, Versicherungsträger sowie Gesundheits- und Versorgungsämter von ihrer Schweigepflicht zu befreien.

Halten wir es für notwendig, sind Sie verpflichtet, sich durch einen unserer Ärzte untersuchen zu lassen.

4.1.2 Nachweispflicht

- Als Kostennachweise benötigen wir von Ihnen die Originalbelege. Diese müssen folgende Angaben enthalten:
 - Name des Behandlers
 - Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum der behandelten Person
 - Krankheitsbezeichnung
 - Art und Ort der Leistung sowie Zeitraum der Leistung des BehandlersDiese werden unser Eigentum.
- Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen enthalten.
- Haben Sie die Originalbelege einem anderen Versicherer zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechenkopien. Darauf muss vermerkt sein, welche Positionen erstattet wurden. Falls notwendig, müssen Sie uns von fremdsprachigen Belegen eine deutsche Übersetzung vorlegen.
- Rezepte müssen folgende Angaben enthalten
 - verordnete Arzneimittel
 - Preis und Quittungsvermerk
- Für die Erstattung der Kosten einer Überführung bzw. Bestattung im Todesfall benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache.
- Sie müssen uns weitere von uns angeforderten Nachweise und Belege vorlegen, die wir zur Prüfung der Leistungspflicht benötigen. Dies gilt nur, wenn Ihnen die Beschaffung zumutbar ist.
- Auf unser Verlangen müssen Sie Beginn und Ende der versicherten Reise im Schadenfall nachweisen.

4.1.3 Zustimmung bei einem Rücktransport

Sie müssen dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zustimmen. Dies gilt, sofern wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlung genehmigen.

4.1.4 Pflicht bei stationärer Behandlung

Bei einem planbaren stationären Behandlungsbeginn ist 10 Tage vor der stationären Aufnahme ein Kostenübernahmeantrag bei der Würzburger einzureichen.

4.2 Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen – Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Die Rechtsfolgen bei Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall ergeben sich aus Teil A Ziffer 5.3

C. Unfallversicherung

1. Allgemeine Regelungen

1.1 Versicherungsfall – Was ist ein Versicherungsfall?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während des versicherten Zeitraums zustoßen.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

1.2 Versicherungsfähigkeit – Welche Personen sind versicherungsfähig?

Versicherungsfähig sind Personen gemäß Teil A Ziffer 1.1

Auch trotz Beitragszahlung nicht versicherbar sind:

- dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.

2. Leistungsumfang

Wir erbringen, soweit vereinbart, Versicherungsleistungen bei Tod oder Invalidität der versicherten Person. Die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein und seinen Nachträgen.

Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

2.1 Leistungen bei Invalidität – Welche Leistungen werden bei Invalidität fällig?

2.1.1 Voraussetzung für die Leistung

- Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
- Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie muss innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall ärztlich festgestellt und bei uns geltend gemacht worden sein.

2.1.2 Höhe der Leistung

2.1.2.1 Grundlage der Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

2.1.2.2 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

- Arm 70 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 65 %
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks 60 %
- Hand 55 %
- Daumen 20 %
- Zeigefinger 10 %
- anderer Finger 5 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels 70 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 60 %
- Bein bis unterhalb des Knies 50 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 45 %
- Fuß 40 %
- große Zehe 5 %
- andere Zehe 2 %
- Auge 50 %
- Gehör auf einem Ohr 30 %
- Geruchssinn 10 %
- Geschmacksinn 5 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

2.1.2.3 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit mehrerer Körperteile der gleichen Extremität, gehen wir bei der Bemessung des Invaliditätsgrades vom übergeordneten Körperteil aus. Beispielsweise gehen wir bei Hand und Finger vom Handwert und nicht vom Fingerwert aus. Eine Addition der Prozentwerte des Invaliditätsgrades der betroffenen Körperteile der gleichen Extremität erfolgt nicht. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt dies entsprechend.

2.1.2.4 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad nach der Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit. Dabei werden ausschließlich medizinische Gesichtspunkte berücksichtigt.

2.1.2.5 Gab es bereits vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung von betroffenen Körperteilen, Sinnesorganen oder deren Funktionen, wird dies berücksichtigt. Und zwar wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese wird nach Teil C Ziffer 2.1.2.2, 2.1.2.3 und 2.1.2.4 bemessen.

2.1.2.6 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Dies gilt nicht für Teil C Ziffer 2.1.2.1 und Ziffer 2.1.2.2. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.7 Es besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2.8 Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre. Und zwar in folgenden Fällen:

- stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall mit Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall und ist ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden.

2.1.3 Auszahlung der Versicherungsleistung wegen dauernder Invalidität

2.1.3.1 Wir müssen innerhalb von drei Monaten erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Und zwar sobald uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen und
- Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens.

- 2.1.3.2 Erkennen wir den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung als Kapitalzahlung innerhalb von zwei Wochen.
- 2.1.3.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlen wir auf Verlangen der versicherten Person angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe der Todesfallsumme beansprucht werden.
- 2.1.3.4 Die versicherte Person und wir können den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen lassen. Und zwar längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls. Dieses Recht muss von uns mit Abgabe der Erklärung entsprechend Teil C Ziffer 2.1.3.1 ausgeübt werden. Die versicherte Person muss dieses Recht vor Ablauf der Frist ausüben. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir sie bereits erbracht haben, so müssen wir den Mehrbetrag mit 5 % jährlich verzinsen.

2.2 Leistung im Todesfall – Welche Leistung wird bei Tod fällig?

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod der versicherten Person, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme an die Erben.

Wir müssen innerhalb von einem Monat erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Und zwar sobald uns der Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen vorliegt.

Zur Geltendmachung der Todesfallleistung berücksichtigen Sie die Obliegenheiten im Schadenfall.

3. Leistungseinschränkungen

3.1 Leistungsausschlüsse – Welche Leistungsausschlüsse gibt es?

Wir leisten nicht für:

- Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogen beruhen. Außerdem durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
- Unfälle, die der versicherten Person bei vorsätzlicher Ausführung einer Straftat oder dem Versuch einer Straftat zustoßen.
- Unfälle, die der versicherten Person durch Teilnahme an Fahrtveranstaltungen und Übungsfahrten mit Motorfahrzeugen zustoßen. Dies gilt, wenn diese Veranstaltungen auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ausgerichtet sind. Die versicherte Person darf dabei weder Fahrer, Beifahrer noch Insasse sein.
- Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräte) sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs.
- Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Teil C Ziffer 1.1 die überwiegende Ursache ist.
- Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Infektionen (auch durch Insektenstiche oder -bisse) und Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Dies gilt nicht, wenn diese durch den Unfall bedingt sind.
- Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass der Unfall die überwiegende Ursache ist.
- Krankhafte Störungen in Folge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- Unfälle, die der versicherten Person in Ausübung der Berufstätigkeit zustoßen.

3.2 Mitwirkungsanteil – Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

Bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen bei der durch den Unfall hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, erfolgt eine Leistungskürzung. Und zwar wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt. Allerdings nur, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

4. Obliegenheiten im Schadenfall

4.1 Obliegenheiten im Schadenfall – Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?

- Die versicherte Person muss sich von den von uns beauftragten Ärzten untersuchen lassen. Die für die Untersuchung notwendigen Kosten tragen wir.
- Sie sind dazu verpflichtet die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer und Behörden von der Schweigepflicht zu entbinden.
- Die versicherte Person muss uns den Tag der beabsichtigten Ausreise in ihr Heimatland mitteilen. Und zwar mindestens einen Monat vor Abreise.

- Hat der Unfall den Tod der versicherten Person zur Folge, muss uns dies innerhalb von 48 Stunden gemeldet werden. Dies gilt auch, wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Sie müssen uns das Recht verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

4.2 Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen – Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Die Rechtsfolgen bei Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall ergeben sich aus Teil A Ziffer 5.3.

D. Haftpflichtversicherung

1. Allgemeine Regelungen

1.1 Gegenstand der Versicherung - Was ist versichert?

1.1.1 Wir bieten, sofern vereinbart, Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Dies gilt, wenn die versicherte Person während des Aufenthaltes in der BRD wegen eines Schadenereignisses aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.

Schadenereignisse sind Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden).

1.1.2 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson. Und zwar bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens insbesondere:

- als Familien- und Haushaltsvorstand (z.B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige).
- als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb).
- aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in Teil D Ziffer 3.3.4 genannten Sportarten).
- als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken. Die Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sind nicht versichert.
- durch den Besitz und Gebrauch von eigenen und fremden Surfbrettern, Ruder- oder Tretbooten sowie fremden Segelbooten, die weder mit Motoren (auch Außenbordmotoren) sowie Treibsätzen angetrieben werden und für die keine Versicherungspflicht besteht.
- für Mietsachschiäden (inklusive Glas) aus der Benutzung der zur Unterkunft auf Reisen vorübergehend zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden (z.B. Hotel- u. Pensionszimmer, Ferienwohnungen, Bungalows) sowie der Räume, deren Benutzung in Zusammenhang mit der Beherbergung vorgesehen und gestattet ist (z.B. Speiseräume, Gemeinschaftsbäder). Die Deckungssumme beträgt je Mietsachschiadenereignis 30.000 EUR. Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarte Versicherungssumme begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt. Für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist die Entschädigungsleistung auf das Einfache der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt. Die versicherte Person hat von der Schadenersatzleistung einen Selbstbehalt von 20 %, mind. 50,-- EUR selbst zu tragen.

Ausgeschlossen ist jedoch die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung an Dritte.

2. Leistungsumfang

2.1 Leistungsumfang – Welche Leistungen umfasst die Haftpflichtversicherung?

2.1.1 Der Versicherungsschutz umfasst

- die Prüfung der Haftpflichtfrage und Ausgleich berechtigter Ansprüche
- die Abwehr unberechtigter Ansprüche auf Schadenersatz
- die Freistellung der versicherten Person von berechtigten Schadenersatzansprüchen

Berechtigt sind Schadenersatzansprüche dann, wenn die versicherte Person zur Entschädigung verpflichtet ist und wir hierdurch gebunden sind. Dies kann eine Verpflichtung aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleichs zur Entschädigung sein. Wir sind an Anerkenntnisse und Vergleiche, die von der versicherten Person ohne unsere Zustimmung abgegeben oder geschlossen worden sind, gebunden. Allerdings nur, insoweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.

2.1.2 Wir müssen die versicherte Person binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freistellen. Allerdings erst, wenn die Schadenersatzverpflichtung der versicherten Person mit bindender Wirkung für uns festgestellt wurde.

Wir sind zur Prozessführung bevollmächtigt. Und zwar dann, wenn es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadenersatzansprüche gegen Sie oder eine versicherte Person kommt. Wir führen den Rechtsstreit in Ihrem Namen oder im Namen des Mitversicherten auf unsere Kosten.

2.2 Kosten eines Rechtsstreits – Welche Kosten eines Rechtsstreits übernehmen wir?

Wir tragen die Kosten für einen Verteidiger der versicherten Person, wenn es sich um ein Strafverfahren mit möglichem Haftpflichtanspruch handelt. Dieser muss allerdings unter den Versicherungsschutz fallen. Es werden sowohl die gebührenordnungsmäßigen Kosten als auch die mit uns besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers übernommen. Und zwar dann, wenn in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses die Bestellung eines Verteidigers von uns gewünscht oder genehmigt wurde.

3. Leistungseinschränkungen

3.1 Einschränkungen der Leistungspflicht – Welche Leistungseinschränkungen gibt es?

3.1.1 Unsere Entschädigung ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz sich auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt.

Für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist die Entschädigung auf das Einfache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.

3.1.2 Mehrere zeitlich zusammenhängende Versicherungsfälle aus derselben Ursache gelten als ein Versicherungsfall. Unsere Aufwendungen für Kosten werden nicht auf die Versicherungssumme angerechnet.

3.1.3 Wir tragen die Prozesskosten im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche. Und zwar dann, wenn die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Versicherungssumme übersteigen.

3.1.4 Renten, die geleistet werden müssen, werden von uns nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert erstattet. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:

- Die versicherte Person muss Rentenzahlungen an den Geschädigten leisten;
- Der Kapitalwert der Rente übersteigt die Versicherungssumme;
- Der Kapitalwert der Rente übersteigt den verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme nach Abzug sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall.

Für die Berechnung des Rentenwertes gilt folgende Vorschrift: Die Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles.

Bei der Berechnung des Betrages, mit dem die versicherte Person sich an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.

Wir kommen für den Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht auf. Dies für den Fall, dass die von uns verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert.

3.1.5 Die Haftpflichtversicherung gilt subsidiär, d.h. Voraussetzung für die Erbringung einer Leistung ist, dass ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistung erbracht hat, diese aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht hat. Ein Anspruch aus der Haftpflichtversicherung besteht somit nicht, soweit die versicherte Person Ersatz aus einem konkurrierenden, anderen, eigenen oder fremden, vor oder nach Abschluss dieses Vertrages geschlossenen Versicherungsvertrag beanspruchen kann.

3.2 Nicht versicherte Haftpflichtrisiken – Welche Haftpflichtrisiken sind nicht versichert?

Nicht versichert ist die Haftpflicht der versicherten Person:

- als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Führer eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.
- als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd.
- aus der Ausübung eines Berufes, Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art.

3.3 Nicht versicherte Haftpflichtansprüche – Welche Haftpflichtansprüche sind nicht versichert?

Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf Haftpflichtansprüche

3.3.1 die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen.

3.3.2 wegen Schäden, die vorsätzlich oder durch arglistige Täuschung verursacht wurden.

3.3.3 auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.

3.3.4 aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfe, Kampfsport wie Judo, Kungfu und dgl. sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu.

3.3.5 wegen Schäden an fremden Sachen, welche die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind.

- 3.3.6 aus Schäden an beweglichen Gegenständen (z. B. Bilder, Mobiliar, Fernsehapparate, Geschirr, Teppiche, etc.), in dem von der versicherten Person bewohnten Haus oder in der von der versicherten Person bewohnten Wohnung, einschließlich des hierzu gehörenden Grundstückes und der hierauf befindlichen Nebengebäude oder Nebenräume.
- 3.3.7 wegen Schäden die an fremden Sachen durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der versicherten Person an oder mit diesen Sachen (z.B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind. Bei Schäden an fremden unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile unmittelbar Gegenstand der Tätigkeit gewesen sind. Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz. Dies sowohl für Sie wie für die durch den Vertrag mitversicherten Personen. Die Erfüllung von Verträgen und die an die Stelle der Erfüllungsleistung tretende Ersatzleistung ist nicht Gegenstand der Haftpflichtversicherung. Auch dann nicht, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt, desgleichen nicht der Anspruch aus der gesetzlichen Gefahrtragung (für zufälligen Untergang und zufällige Verschlechterung).
- 3.3.8 wegen Schäden, die an den von der versicherten Person (oder in ihrem Auftrage oder für ihre Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen.
- 3.3.9 wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z.B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha, Beta- und Gammastrahlung sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- oder Maserstrahlen.
- 3.3.10 wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
- 3.3.11 aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Angehörige gelten
- Ehegatten,
 - Eltern und Kinder,
 - Adoptiveltern und -kinder,
 - Schwiegereltern und -kinder sowie Stiefeltern und -kinder,
 - Großeltern und Enkel,
 - Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder.
- Demnach Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind.
- Auch bezieht sich der Versicherungsschutz nicht auf Haftpflichtansprüche
- aus Schadenfällen zwischen mehreren versicherten Personen desselben Vertrages untereinander sowie zwischen den versicherten Personen und dem Versicherungsnehmer eines Vertrages
 - zwischen Saisonarbeitskräften des gleichen Arbeitgebers (Erntebetriebs) untereinander
 - wegen Schäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen sowie Sachschäden
 - von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen;
- 3.3.12 die darauf zurückzuführen sind, dass Sie oder die versicherte Person besonders gefährliche Umstände, deren Beseitigung wir billigerweise verlangen konnten und verlangt haben, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigte. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährlich.
- 3.3.13 wegen Sachschäden, die durch Krankheit der versicherten Person gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind.
- 3.3.14 wegen Schäden aus dem Gebrauch von Waffen aller Art
- 3.3.15 wegen Schäden durch Abnutzung, Verschleiß und übermäßige Beanspruchung.
- 3.3.16 wegen Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- u. Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- u. Gasgeräten.
- 3.3.17 wegen unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadensereignissen fallenden Rückgriffsansprüche.

4. Obliegenheiten im Schadenfall

4.1 Obliegenheiten im Schadenfall – Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?

Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.

Sie haben der Würzburger unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles die Tatsachen anzuzeigen, die Ihre Verantwortlichkeit gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnten. Macht der Dritte seinen Anspruch Ihnen gegenüber geltend, sind Sie zur Anzeige innerhalb einer Woche nach Geltendmachung verpflichtet.

Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadenersatzansprüche erhoben wurden. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Anzeige.

4.1.1 Unverzügliche Meldung

Sie müssen folgendes unverzüglich bei uns anzeigen:

- wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch erhoben;
- wird ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet;
- wird ein Mahnbescheid erlassen;
- wird der versicherten Person gerichtlich der Streit verkündet.

Die versicherte Person muss uns außerdem anzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.

4.1.2 Überlassung der Prozessführung

4.1.2.1 Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, muss Sie uns die Führung des Verfahrens überlassen. Wir beauftragen in ihrem Namen einen Rechtsanwalt. Die versicherte Person muss dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.

4.1.2.2 Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz muss die versicherte Person fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weisung unsererseits bedarf es nicht.

4.1.2.3 Die versicherte Person ist nicht berechtigt, ohne unsere vorherige Zustimmung einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Leistet die versicherte Person dennoch Entschädigung, ohne zuvor unser Einverständnis einzuholen, sind wir leistungsfrei. Es sei denn, die versicherte Person konnte nach den Umständen die Anerkennung oder die Leistung der Entschädigung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern.

4.1.3 Überlassung von Rechtsausübung in Rentenfällen

Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse die Aufhebung oder die Minderung einer zu zahlenden Rente zu Recht fordern kann, muss die versicherte Person dieses Recht in ihrem Namen von uns ausüben lassen. Die Bestimmungen unter Teil D Ziffer 4 finden entsprechend Anwendung.

4.1.4 Bevollmächtigung

Wir gelten als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs uns zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

4.2 Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen – Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Die Rechtsfolgen bei Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall ergeben sich aus Teil A Ziffer 5.3

E. Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder 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.

(3) Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.