

Hinweise und Bedingungen zum Abschluss einer kombinierten Kranken-, Unfall- und Privathaftpflicht-Versicherung über den Kollektivversicherungsvertrag des DAAD mit der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund und der Generali Versicherung AG, München

**für deutsche Studierende und Graduierte, die aus Programmen des DAAD bzw. der Europäischen Union oder Mitgliedshochschulen des DAAD betreut oder gefördert werden
Tarif 726/A**

Prämie pro Monat: € 64,00

Allgemeine Hinweise

Die Versicherung kann nur von deutschen Studierenden und Graduierten für ein Auslandsstudium, -semester oder ein Auslandspraktikum in der Europäischen Union abgeschlossen werden.

Grundsätzlich sollte die Versicherung ab dem Tag der Ausreise (spätestens aber mit Beginn des Studiums) für die gesamte Laufzeit der Förderung abgeschlossen werden. Die Versicherung kann an jedem beliebigen Tag eines Monats beginnen. Die Versicherungsprämie kann nicht tage- oder wochenweise berechnet werden.

Beispiel: Beginn: 15.01. – Die Versicherung endet dann am 14. des Folgemonats für den die Versicherung beantragt bzw. die Versicherungsprämie überwiesen wurde.

Anmeldung, Versicherungsdauer, Verlängerung, Kündigung

Die Versicherung kann nur für die Dauer der Förderung bzw. des Stipendiums inklusive An- und Abreise beantragt werden. Für die An- und Abreise kann die Versicherung einen Monat länger, als die Dauer der Förderung oder des Semesters ist, abgeschlossen werden. Nach der Genehmigung des Versicherungsantrages werden die Versicherungsdokumente den Versicherten in das DAAD-Portal „Versicherung“ gestellt. Der Versicherte wird per E-Mail hierüber informiert.

Die Versicherung wird für den beantragten Zeitraum gewährt. Die Prämien müssen rechtzeitig im Voraus entrichtet werden. Die Versicherungsprämien können monatlich, vierteljährlich oder in einer Summe entrichtet werden. Bitte beachten Sie, dass Sie für die rechtzeitige Prämienzahlung Ihrer Versicherung selbst verantwortlich sind. Durch pünktliches Entrichten der Versicherungsprämien vermeiden Sie ein sehr kostenintensives Mahnverfahren.

Die Versicherung kann für eine Übergangszeit von maximal sechs Monaten nach Beendigung des Stipendiums bzw. der Förderung im Ausland verlängert werden.

Versicherungsprämien werden nicht per Lastschrift eingezogen.

Überweisung der Versicherungsprämien:

Bei der Überweisung muss unbedingt die Versicherungsnummer des Hauptversicherten angegeben werden (Beispiel: GR 6220...).

Die Kontoverbindung lautet:

DAAD

IBAN: DE 43 3708 0040 0208 5124 10

SWIFT-BIC: DRESDEFF370

Commerzbank AG, Köln

Bei Verlängerung der Förderung und/oder Versicherungslaufzeit über den ursprünglich vereinbarten Versicherungszeitraum hinaus, ist das Referat ST15 - Versicherungen per E-Mail: versicherungsstelle@daad.de zu informieren. Zur Prüfung des Verlängerungsantrages wird der Grund, die Dauer der Verlängerung und die aktuelle Anschrift benötigt.

Jede Änderung, Stornierung oder Kündigung des Versicherungsvertrages muss per E-Mail mitgeteilt werden.

Deutscher Akademischer Austauschdienst
Referat ST15 – Versicherungen
Kennedyallee 50, 53175 Bonn
Telefon: 0228/882-8770
Telefax: 0228/882-620

Leistungen

I. Krankenversicherung

Über die Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, besteht folgender Versicherungsschutz im europäischen Ausland und bei Zwischenheimreisen in Deutschland (z. B. im Urlaub):

Erstattet werden die Kosten für medizinisch notwendige ambulante und stationäre Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen für jeden Versicherungsfall sowie Rück- und Überführungskosten.

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:

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung;
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
- Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

Versicherungsfälle, für die kein Leistungsanspruch besteht, sind im Abschnitt a) unter Einschränkungen der Leistungspflicht aufgeführt.

Ambulante Heilbehandlung

Ärztliche Leistungen

Diese umfassen die gesamte ambulante ärztliche - nicht zahnärztliche - Tätigkeit einschließlich Röntgendiagnostik sowie Wegegebühren des nächst erreichbaren Arztes.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

Arznei-, Verband- und Heilmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B.

Masseure). Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionen, Nähr- und Stärkungsmittel, Weine, Mineralwässer u. ä.

Ärztlich verordnete Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Als solche gelten auch die Kosten für Sehhilfen bis zu einem Höchstbetrag von € 80,--. Für die Kostenerstattung von Sehhilfen gilt eine Wartezeit von 4 Monaten. Die Wartezeit für Sehhilfen entfällt, wenn die Sehhilfen durch unfallbedingte Augenverletzungen notwendig werden.

Transportkosten

Als solche gelten notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus.

Psychotherapie

Erstattet werden die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie für höchstens 20 Sitzungen je Kalenderjahr.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen seitens der Continentale Krankenversicherung a. G. im Vorfeld schriftlich zugesagt werden. Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn

- a) die Kosten für die Therapie/Behandlung ortsüblich und angemessen sind.
- b) sie von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- c) sie von Leistungserbringern, die über einen entsprechenden Qualifikationsnachweis bzw. eine verfahrensbezogene Zusatzausbildung verfügen oder
- d) sie in Deutschland von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den festgelegten Höchstsätzen der GOÄ erstattet, einschließlich der Vereinbarungen nach § 1 GOP i. V. m. § 2 GOÄ

Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden:

- a) die Kosten für stationäre Heilbehandlung im Ausland (stationäre Unterkunft, Verpflegung, Arzt- und Operationskosten) aufgrund medizinischer Notwendigkeit;
- b) bei stationärer Heilbehandlung in Deutschland (z.B. im Urlaub) die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistungen ohne privatärztliche Behandlung und ohne Zuschlag für bessere Unterkunft);
- c) die Kosten für den Hin- und Rücktransport zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Rehabilitationsleistungen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

Es besteht grundsätzlich nur eine subsidiäre Leistungspflicht. Die Krankenhäuser sind bei der Aufnahme darauf hinzuweisen. Der Leistungsanspruch gegenüber anderen Rehabilitationsträgern muss vor Behandlungsbeginn geklärt werden.

Anderweitige Rehabilitationsleistungen sind nicht Inhalt des Versicherungsschutzes.

Entbindungen

Für Entbindungen innerhalb von 8 Monaten ab Versicherungsbeginn besteht keine Leistungspflicht. Die Leistungspflicht besteht für Entbindungen, die ab dem 9. Monat nach Versicherungsbeginn erfolgen.

Hebammenkosten werden übernommen, soweit die Leistungen an die Stelle einer entsprechenden Verrichtung eines Arztes treten.

Für sonstige vor- und nachgeburtliche Hebammenbetreuung sowie für Geburtsvorbereitungs- und Säuglingspflegekurse wird nicht geleistet.

Zahnbehandlung

Erstattet werden **schmerzstillende** Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung. Kosten für Zahnbehandlungen sind die Gebühren für allgemeine, prophylaktische und konservierende, chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschl. Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.

Bei Behandlung in Deutschland sind die Kosten zahnärztlicher Leistungen im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

Hinweis: Es besteht kein Anspruch auf hochwertige Füllungen (z. Bsp. Inlays, dentinadhäsive Füllungen), Zahnsanierung und Zahnersatzbehandlung (z. Bsp. Kronen, Implantate) und die damit zusammenhängenden Material- und Laborkosten.

Rückführungskosten

Erstattet werden die Kosten, die durch medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten nach Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern die Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

Überführungskosten

Erstattet werden die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung nach Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu € 30.000,--; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht:

- a) für die nachstehenden Versicherungsfälle, soweit diese vor Versicherungsbeginn eingetreten sind: HIV, Multiple Sklerose, Hämophilie (Bluterkrankheit), bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und chronische Nierenerkrankungen, sowie für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und die Behandlung von Anomalien, die vor Versicherungsbeginn bestanden;
- b) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegser eignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung;
- e) für Diagnostik und Behandlung von Sterilität, deren Ursache und Folgen sowie für künstliche Befruchtung und eventuelle Komplikationen;
- f) für Behandlung durch Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung sowie für häusliche Pflege;
- h) für Zahnersatz einschließlich Kronen und Inlays sowie für Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung. Die Kosten der damit zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie die Material- und Laborkosten fallen ebenfalls nicht unter den Versicherungsschutz;
- i) für Atteste und Untersuchungen zur Erlangung von Aufenthaltsgenehmigungen und Tropentauglichkeits- und Tropennachuntersuchungen.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder der gesetzlichen Rentenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Hinweise für die Schadenregulierung in der Krankenversicherung

Sämtliche Erstattungsanträge sind mit dem Formular „Antrag auf Erstattung von Behandlungskosten zu Vers,-Nr. GR 6220_____“
(s. Anlage zum Versicherungsausweis) mit Angabe der Versicherungsnummer an den

Deutschen Akademischen Austauschdienst
Referat ST15 – Versicherungen
Postfach 20 04 04
53134 Bonn

zu senden.

Alle Rechnungen, Rezepte und sonstige Belege müssen **im Original** eingereicht werden. Sie müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Gibt der behandelnde Arzt bei Rechnungsstellung die Diagnose nicht an, so muss diese vom Versicherten selbst angegeben werden. Ebenso muss eine Diagnose auf Kostenbelege für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel entweder vom Arzt oder Versicherten selbst vermerkt sein.

Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

Behandlungskosten, die im Ausland entstehen, müssen vorgestreckt werden. Für stationäre Krankenhausbehandlung ist eventuell eine Ausnahme möglich. Bitte informieren Sie den Versicherer, die Continentale Krankenversicherung a.G., so bald wie möglich.

Medikamente müssen von der versicherten Person sofort bezahlt werden.

Bei Erstattung von Kosten, die nicht in Euro entstanden sind, wird jeweils der Umrechnungskurs zugrunde gelegt, der am Tage der Rechnungsausstellung Gültigkeit hatte. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornehmen muss oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

Die Bearbeitungszeit für eingereichte Kostenbelege kann bis zu ca. 4 Wochen betragen.

Den Leistungsservice der Continentale Krankenversicherung a.G. erreichen Sie unter:

Telefon: 0231/919-4556 oder 0231/919-1984

Telefax: 0231/919-2869

E-Mail: svkl2@continentale.de

Bei anderweitigen Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz wenden Sie sich bitte an das Referat ST15 - Versicherungen beim Deutschen Akademischen Austauschdienst. Die Telefonnummern finden Sie im oberen Teil dieses Merkblattes (Seite 2).

Für versicherte Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten, gilt:

Der Versicherer ist bereit, bei einer stationären Behandlung in Deutschland Kostenübernahmeerklärungen abzugeben, sofern die übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind und dann im Rahmen dieser Kostenübernahmeerklärung mit dem Krankenhaus direkt abzurechnen. Anträge auf Kostenübernahme können formlos gestellt werden. Bitte informieren Sie die Continentale Krankenversicherung a.G. sobald wie möglich.

Soweit unbezahlte Rechnungen aus Deutschland eingereicht werden, überweist der Versicherer die Erstattungsbeträge unmittelbar an die Rechnungsaussteller. Daher ist unbedingt auf den Rechnungen zu vermerken, wenn diese bereits bezahlt sind.

Für alle versicherten Personen im Ausland gilt:

Die Continentale Krankenversicherung a.G. stellt in Zusammenarbeit mit der MD Medicus - Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH - einen medizinischen Notruf-Service rund um die Uhr zur Verfügung. Dieser Notruf-Service erbringt folgende Serviceleistungen:

- a) ärztliche Beratung bei Krankheitsfällen im Ausland;
- b) Organisation einer medizinisch notwendigen Versorgung im Ausland;
- c) Organisation eines medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland;
- d) auf Wunsch Benachrichtigung von Angehörigen im Krankheitsfall;
- e) Hilfe bei der Beschaffung von Befunden oder sonstigen erforderlichen Untersuchungsergebnissen, die für eine Behandlung notwendig oder hilfreich sind.

Erfahrene und medizinisch ausgebildete Mitarbeiter oder, falls erforderlich, auch Ärzte, helfen bei Auslandsaufenthalten mit größtmöglicher Beratungskompetenz in krankheits- oder unfallbedingten Krisensituationen.

Der Notruf-Service der Continentale Krankenversicherung a. G. ist Tag und Nacht unter der folgenden Rufnummer zu erreichen:

0231/919 2528 (ggf. mit der entsprechenden Auslandsvorwahl).

Bitte geben Sie dort an, dass Sie über den Kollektivversicherungsvertrag des DAAD mit der Continentale Krankenversicherung a.G. versichert sind.

Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Sitz hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

II. Unfall- und Privathaftpflicht-Versicherung

Diese Leistungen werden durch die Generali Versicherung AG, München, gewährt. Unfälle sind innerhalb von einer Woche, ein Todesfall in Folge eines Unfalles des Versicherten innerhalb von 48 Stunden per Fax (0228/882 620) oder per E-Mail an: versicherungsstelle@daad.de zu melden.

Haftpflichtschäden, in denen durch Verschulden des Versicherten Personen- oder Sachschäden herbeigeführt wurden, sind ebenfalls innerhalb von einer Woche anzuzeigen. Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, ist dies unverzüglich zu melden.

Unfallversicherung

Nur für den Geförderten, nicht für eventuell mitreisende Familienangehörige.

Maßgebend für die Unfallversicherung sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB).

Bei der privaten Unfallversicherung handelt es sich um eine so genannte 24-Stunden-Deckung. Versicherungsschutz besteht weltweit und rund um die Uhr. Erfasst sind hierbei somit berufliche als auch außerberufliche Unfälle.

Unfalltod

€ 5.500,-- werden bei Tod infolge eines Unfalls gezahlt.

Unfallinvalidität

€ 26.000,-- mit progressiver Invaliditätsstaffel (maximale Leistung bei 100 % Invalidität € 58.500,--). Bei Teilinvalidität gilt der in den AUB festgesetzte Prozentsatz.

Unfall-Zusatzheilkosten

Soweit der Krankenversicherer nicht alle Kosten übernehmen konnte, werden Heilbehandlungskosten infolge eines Unfalls bis zu € 1.000,-- erstattet.

Unfall-Bergungskosten

Soweit der Krankenversicherer nicht alle Kosten übernehmen konnte, werden Suchaktionen, Bergungs- und Transportkosten von Verletzten infolge eines Unfalls bis zu € 25.000,-- erstattet.

Kosten für kosmetische Operationen

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger wie der Krankenversicherer nicht alle Kosten übernehmen konnte, werden Kosten für kosmetische Operationen infolge eines Unfalls bis zu € 6.000,-- erstattet.

Privathaftpflicht-Versicherung

Maßgebend sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung mit den Erläuterungen zur Privathaftpflicht-Versicherung (AHB).

Der bedingungsgemäße Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die persönliche gesetzliche Haftpflicht der Praktikanten / Stipendiaten aus deren Studium / sonstigen Tätigkeiten am "Arbeitsplatz" (z. B. Uni, Instituten, Lehrbetriebe). Darüber hinausgehende / anderweitige (Neben-) Tätigkeiten / Anstellungen sind hiervon ausgenommen (Klarstellung).

Haftpflichtansprüche, die aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von Dritten gegen den Versicherten erhoben werden, sind bis zu € 3.000.000,-- pauschal für Personen- und/oder Sachschäden, einschließlich € 250.000,-- Mietsachschäden an unbeweglichen Gegenständen, versichert. Schäden an fremden beweglichen Sachen in gemieteten Zimmern werden bis zu € 1.500,-- ersetzt.

Das Kraftfahrzeugrisiko ist im Rahmen dieser Privathaftpflicht-Versicherung **nicht mitversichert**.