Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

Tarif AOK-AKD-16
Auslandsreise-Krankenversicherung

Stand: 01.01.2024, SAP-Nr.: 335593, 12.2023
Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AK-16).

1. Wer kann sich versichern?
Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.
Die Versicherungsfähigkeit ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Sind für eine Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nicht gegeben, kommt insoweit trotz Beitragszahlung ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?
Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannte Ereignisse, die während einer vorübergehenden Auslandsreise auftreten. Er leistet bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?
Der Versicherungsschutz besteht pro Auslandsreise für jeweils maximal 56 Tage ab Reisebeginn, jedoch nicht bevor und nur solange der Versicherungsvertrag besteht.

4. Wo besteht der Versicherungsschutz?
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

5. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen und wie lange dauert der Versicherungsvertrag?
Die Versicherung muss auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen Antragsvordruck beantragt werden (siehe Ziffer 2 AVB/AK-16). Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst mit Antritt einer neuen Reise.
Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Jahres, gerechnet ab Versicherungsbeginn, abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, wenn er nicht spätestens einen Monat vor Ablauf in Textform gekündigt wird.

6. Was ist ein Versicherungsfall?
Versicherungsfall ist
a) die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen,
b) die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten, notfallbedingten Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten,
c) ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer Krankenrücktransport sowie der Tod.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.
Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

7. Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?
Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Hierzu zählen zum Beispiel Röntgen- und Strahlendiagnostik, Strahlentherapie, chirotherapeutische, physiotherapeutische und osteopathische Behandlungen.

Darüber hinaus leistet der Versicherer für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wären.

7.1 Erstattet werden die Aufwendungen für:
a) Beratungen und Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten,
b) Beratungen und Behandlungen durch Heilpraktiker, Osteopathen und Chiropraktiker,
c) Arznei- und Verbandmittel nach Verordnung durch einen Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker.
Nicht als Arzneimittel gelten, auch wenn sie verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.
d) durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete Heilmittel: Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen,
e) durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete Hilfsmittel (ohne Sehhilfen und Hörgeräte), soweit diese erstmals während des Auslandsaufenthaltes erforderlich werden,
f) Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie,
g) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung. Bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes werden zusätzlich die Kosten der Mitaufnahme einer Begleitperson erstattet,
h) Rettungsdienste (z.B. Kranken-, Unfall-, Rettungswagen oder Rettungshubschrauber) für den medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt nach einem Unfall oder im Notfall. Die Aufwendungen werden ebenfalls übernommen, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Verlegung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus handelt. Erfolgt die Fahrt nicht durch einen Rettungsdienst (z.B. Taxi), ist die Leistung auf einen Rechnungsbetrag von insgesamt 30 Euro je Versicherungsfall begrenzt.
i) Such-, Rettungs- oder Bergungskosten von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten nach einem Unfall der versicherten Person, wenn im unmittelbaren Anschluss eine stationäre Behandlung stattfindet. Diese Leistungen sind begrenzt auf maximal 10.000 Euro je versicherte Person und Versicherungsfall.
j) schmerzstillende Zahnbehandlung durch Zahnärzte und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, die Anfertigung von provisorischem Zahnersatz, sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays),
k) für die Behandlung von akuten Belastungsreaktionen durch Ärzte oder Psychotherapeuten zur Vermeidung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Voraussetzung hierbei ist, dass es sich um die Folge eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Ereignisses (z. B. Naturkatastrophen, Flugzeugabstürze, Eisenbahnunglücke oder Gewaltverbrechen) handelt. Wir erstatten 5 Sitzungen ohne vorherige Kostenzusage. Voraussetzung für die Kostenübernahme von weiteren Sitzungen ist die Kostenzusage durch den Versicherer oder den Notruf-Service.
l) Kinderbetreuungskosten bei minderjährigen Kindern.
Aufwendungen für die Notfallbetreuung vor Ort werden erstattet, wenn alle folgenden Voraussetzungen vorliegen:
a) die mitreisenden minderjährigen Kinder müssen beim Versicherer auslandsreisekrankenversichert sein,
b) der Versicherte wird stationär behandelt, zurücktransportiert oder ist verstorben. Der Aufenthalt im Krankenhaus ist medizinisch notwendig und fällt nicht unter Ziffer 8 genannte Versicherungsfälle, für die kein Versicherungsschutz besteht,
c) kein anderer Mitreisender kann die Kinder betreuen,
d) die Kinderbetreuung wird durch den Notruf-Service organisiert.

Erstattet werden die Aufwendungen für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes der versicherten Person. Im Falle des Todes werden die Aufwendungen bis zur Rückkehr der Kinder an ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland übernommen, auch nachweislich entstandene zusätzliche Rückreisekosten der Kinder werden übernommen.
m) die nachgewiesenen Telefonkosten für Telefongespräche aus dem Ausland mit dem Versicherer oder mit dem vom Versicherer be-

nannten Notruf-Service. Ersetzt werden maximal 20 Euro je versicherte Person und Auslandsaufenthalt.

7.2 Erstattungsfähig sind die Kosten eines Rücktransports, die durch den Eintritt des Versicherungsfalls zusätzlich für die Rückkehr ins Inland anfallen. Zusätzlich werden die Kosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch sinnvoll ist.

Voraussetzungen sind, dass:

a) der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine stationäre Behandlung voraussichtlich länger als 14 Tage dauert oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden,
b) der Rücktransport an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgt,
c) der Rücktransport durch den Versicherer oder den Notruf-Service organisiert werden. Wird weder der Versicherer noch der Notruf-Service mit der Organisation beauftragt, ist die Leistung auf die Kosten begrenzt, die auch bei der Organisation durch den Versicherer oder den Notruf-Service angefallen wären.

7.3 Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

7.4 Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Ausland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Psychotherapeuten, psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei. Verordnungen von Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel können unter den unter 7.1 c, d und e genannten Voraussetzungen erstattet werden.

Bei medizinisch notwendiger, stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

7.5 Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger ganz oder teilweise übernommen, zahlt der Versicherer neben den verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten ein Krankenhaustagegeld. Das Krankenhaustagegeld errechnet sich wie folgt: Höhe der Kostenbeteiligung geteilt durch die Anzahl der Tage der stationären Behandlung, höchstens 30 Euro täglich. Bei stationärer Behandlung kann anstelle jeglicher Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro pro Tag gewählt werden.

8. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

8.1 Kein Versicherungsschutz besteht für:

a) Behandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde. Unerwartete Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bei chronischen Erkrankungen sind hingegen versichert.
b) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war,
c) Krankheiten und Unfälle einschließlich ihrer Folgen sowie für Todesfälle während eines Auslandsaufenthaltes, die durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht worden sind. Bei einem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz längstens bis zum Ende des 7. Tages nach Bekanntgabe einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes wegen kriegerischer Ereignisse oder innerer Unruhen, es sei denn, eine Ausreise ist unverschuldet und nachweislich erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen.
d) auf Vorsatz, Selbstmord, Selbstmordversuch oder auf Sucht (z. B. Alkohol oder Drogen) beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen,
e) Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
f) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Diese Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird,
g) Behandlung durch Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden nach Ziffer 7 erstattet,
h) eine durch Siechtum oder Pflegebedürftigkeit bedingte Behandlung oder Unterbringung,
i) Aufwendungen für Schwangerschaften, für Schwangerschaftsabbrüche, Entbindungen sowie für Wochenbetterkrankungen und deren Folgen (bis auf die unter 6. b genannten Versicherungsfälle),
j) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen. Erstattet werden können diese Behandlungen unter den unter 7.1.k genannten Voraussetzungen.

8.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

8.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld werden hiervon jedoch nicht berührt.

8.4 Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der UKV, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

9. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag richtet sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Sobald eine versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Versicherungsjahres der Beitrag für Versicherte ab 65 Jahren zu zahlen.

Alter	Beiträge pro Person und Versicherungsjahr
0 – 64	11,50 Euro
ab 65	39,50 Euro

Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages, Folgebeiträge werden jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres vom angegebenen Konto abgebucht.
Die Beiträge sind gemäß § 4 Absatz 1 Nr. 5 b) VersStG von der Versicherungsteuer befreit.

10. Welche Gesundheits-Assistance-Leistungen werden erbracht?

Wir bieten medizinische Hilfe und Beratung vor und während der Reise.
Wir informieren, beraten und leisten aktiv Unterstützung bei persönlichen Notfällen während der Reise, wie bei Krankheit, Unfall oder Tod.
Unsere Beratungs- und Hilfe-Leistungen für Sie:
Vor der Reise - unsere medizinische Reisezielberatung:

a) Welche Ziele sind aus medizinischer Sicht sinnvoll?
b) Gibt es am Reiseziel eine geeignete medizinische Versorgung?
c) Welche Impfungen werden benötigt?
d) Gibt es Infektionsrisiken?

Während des Auslandsaufenthaltes - unsere Unterstützung im Leistungsfall:

a) Weltweites Arzt- und Krankenhaus-Navi,
b) Wir geben Auskunft, wo Sie vor Ort die bestmögliche medizinische Versorgung finden,
c) Organisation von Rücktransport oder Krankenbesuchen,
d) Wir bringen Sie im Notfall sicher nach Hause und sorgen dafür, dass Sie bestens betreut werden,
e) Medizinischer Dolmetscher,
f) Wir übersetzen und erklären Ihnen die Diagnose Ihres Arztes vor Ort.

Falls eine Krankenhausbehandlung oder ein Rücktransport erforderlich wird, kümmern wir uns um die Kostenübernahme. Wenden Sie sich in diesen Fällen umgehend an unseren 24-Stunden Notrufservice, den Sie nahezu weltweit sieben Tage die Woche erreichen, unter
+800 - 84408440 (1)
Führt diese Nummer nicht zum Ziel, wählen sie bitte:
+49 211 5363-158 (2)
Für Anrufe aus dem Festnetz ersetzen Sie bitte das Plus-Zeichen durch die jeweilige internationale Verkehrsausscheidungsziffer des Reiselandes (z.B. 00 für alle Länder Europas, 011 für USA und Kanada, 0011 Australien).

(1) aus dem Festnetz gebührenfrei, aus deutschen Mobilfunknetzen höchstens 0,42 Euro pro Minute; Kosten für Anrufe aus ausländischen Mobilfunknetzen können abweichen.
(2) gebührenpflichtig

Besondere Bedingungen für Versicherte der AOK

Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB-AK) sowie die nachfolgenden Bedingungen.

1. Inhalt der Besonderen Bedingungen

In Ergänzung zu den in den vereinbarten Tarifen enthaltenen Regelungen gilt Folgendes:

a) Versicherungsfähig sind Versicherte einer AOK, die mit der UKV bzw. der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG (BK) eine Kooperationsvereinbarung geschlossen hat.
b) Das Ende der Versicherung bei der AOK ist der UKV bzw. der BK unverzüglich mitzuteilen.
c) Wechselt der Versicherte zu einer anderen AOK, kann eine bestehende Versicherung in den oben aufgeführten Tarifen weitergeführt werden, sofern weiterhin Versicherungsfähigkeit besteht. Dies gilt auch bei einem Wechsel zu einer AOK, die keine Kooperationsvereinbarung mit der UKV bzw. der BK geschlossen hat.
d) Diese Besonderen Bedingungen entfallen
   - zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung bei der AOK beendet wird;
   - für Versicherte einer AOK zu dem Zeitpunkt, zu dem keine Kooperationsvereinbarung zwischen einer AOK und der UKV bzw. der BK mehr besteht.

Entfallen diese Besonderen Bedingungen, wird das Versicherungsverhältnis ohne Unterbrechung in den entsprechenden Normaltarifen (Tarife ohne Zusatz „AOK-“) der UKV bzw. der BK fortgesetzt, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt. Die Weiterführung erfolgt ohne neue Gesundheitsprüfung. Die Vorversicherungszeit wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung entsprechend § 8a der AVB berücksichtigt. Bestehende besondere Vereinbarungen bleiben dabei in Kraft.
Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten ab der Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

2. Beiträge

Die Beiträge für Neuabschlüsse sind aus der jeweils gültigen Beitragstabelle ersichtlich.