Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

Tarif AOK-AuslandPRIVAT Single
Auslandsreise-Krankenversicherung

Stand: 01.01.2024, SAP-Nr.: 342232, 12.2023
Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AK-16).

1. Wer kann sich versichern?

a) versicherungsfähig sind Versicherte einer AOK, die mit der UKV bzw. Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG (BK) eine Kooperationsvereinbarung zum Tarif AOK-AuslandPRIVAT Single geschlossen hat.

b) 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 passiert bei Ausscheiden aus der AOK?

a) wechselt die versicherte Person zu einer anderen AOK, kann die bestehende Versicherung weitergeführt werden. Dies gilt auch bei einem Wechsel zu einer AOK, die keine Kooperationsvereinbarung mit der UKV bzw. BK geschlossen hat.

b) wechselt die versicherte Person zu einer anderen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung, kann eine bestehende Versicherung in einem gleichartigen Auslandsreise-Krankenversicherungstarif weitergeführt werden, sofern die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt sind.
Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten ab der Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

3. 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.

4. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht pro Auslandsreise für jeweils maximal acht Wochen ab Reisebeginn, jedoch nicht bevor und nur solange der Versicherungsvertrag besteht.

5. Wo besteht der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

6. 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.

7. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist

a) die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen,

b) die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftkomplikationen 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.

8. 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 durch Ärzte.
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.

8.1 Erstattet werden 100 % der dem Versicherten im Ausland entstandenen nachgewiesenen Kosten einschließlich der Zuzahlungen/Eigenanteile für:

a) Beratungen und Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten,

b) ärztlich verordnete Arznei-, Verbandmittel.
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.

c) durch einen Arzt verordnete Heilmittel: Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen,

d) ärztlich verordnete Hilfsmittel (ohne Sehhilfen und Hörgeräte), soweit diese erstmals während des Auslandsaufenthaltes erforderlich werden,

e) Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie,

f) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung. Bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes werden zusätzlich die Kosten der Mitaufnahme einer Begleitperson erstattet,

g) 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.

h) 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.

i) schmerzstillende Zahnbehandlung durch Zahnärzte und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen, die Anfertigung von provisorischem Zahnersatz, sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays).

8.2. Erstattungsfähig sind die Kosten eines Rücktransports, die durch den Eintritt des Versicherungsfalls zusätzlich für die Rückkehr ins Inland anfallen.
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.

8.3 Erstattungsfähig sind die Mehrkosten der Rückreise, die dem Versicherten entstehen, wenn er infolge einer stationären Behandlung im Ausland die Rückreise nicht planmäßig antreten konnte. Bei der Erstattung dieser Kosten wird in Bezug auf Art und Klasse des Transportmittels auf die durch die Reise gebuchte Qualität abgestellt. Wenn abweichend von dem ursprünglich geplanten Reisemittel die Rückreise mit Flugzeug erforderlich wird, werden nur die Kosten für einen Sitzplatz in der einfachsten Flugzeugklasse ersetzt. Zudem werden die Kosten für die Rückholung eines mitreisenden Kindes sowie einer mitreisenden Begleitperson eines versicherten Kindes erstattet, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen.

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

8.5 Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Ausland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Physiotherapeuten frei. 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.

9. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

9.1 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. 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) Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht wurden. Terroristische Anschläge gelten weder als Kriegsereignisse noch als innere Unruhen.
Wird die versicherte Person im Ausland durch eines dieser Ereignisse überrascht und hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet rechtzeitig zu verlassen, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers hingegen bestehen.

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 8 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 7. b genannten Versicherungsfälle),

j) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen.

9.2 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.

9.3 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.

9.4 Sofern Versicherungsschutz für dieselbe Gefahr auch noch bei einem anderen Versicherer besteht, geht der anderweitige Vertrag diesem Vertrag vor. Der versicherten Person steht es frei, welchem Versicherer sie den Schadenfall anzeigt. Meldet sie den Schadenfall der Union Krankenversicherung AG, dann wird diese insoweit auch in Vorleistung treten.

10. 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	10,90 Euro
ab 65	33,50 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.

11. 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 oder Unfall.

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