

Allgemeine Informationen

Barclays Bank PLC, London
1 Churchill Place, London E14 5HP
Register London, 1026167

Zuständige Zweigniederlassung:
Barclaycard, Barclays Bank PLC, Hamburg
Gasstraße 4c, 22761 Hamburg, Deutschland
Telefon: (0 40) 8 90 99 - 0
Telefax: (0 40) 89 64 70

Handelsregister Hamburg 47 374
Umsatzsteuer-Ident-Nr.: DE 11 8513 525

Hauptgeschäftstätigkeit der Bank:
Betrieb von Bankgeschäften aller Art und
damit zusammenhängenden Geschäften

Zuständige Aufsichtsbehörde:
Financial Service Authority of England
Vertretungsberechtigter: Carsten Höltkemeyer

Anwendbares Recht:
Recht der Bundesrepublik Deutschland
Außergerichtliches Beschwerdeverfahren: Ombudsmann-
verfahren des Bundesverbandes Deutscher Banken e.V.,
Berlin

Garantiefonds: Einlagensicherungsfonds des Bundes-
verbandes Deutscher Banken e.V., Berlin.
Informationen zum Umfang sowie zur Höhe der Sicherung
können Sie bei uns anfordern.

Reiseversicherung kompakt

Versicherungsbestätigung

Für den Hauptkarten-Inhaber gültiger Barclaycard Kreditkarten (MasterCard und Visa), der diesen Versicherungsvertrag abgeschlossen hat, besteht für Privat- und Dienstreisen ein umfangreicher Versicherungsschutz bei den nachstehend genannten Versicherern zu folgenden Bedingungen.

Versicherungsleistungen

1. Auslandsreise-Krankenversicherung
2. Verkehrsmittel-Unfallversicherung

Kartenzahlung

Die unter Ziffer 1. und 2. genannten Versicherungen sind jeweils unabhängig vom Einsatz der Barclaycard Kreditkarten bzw. von der Zahlung per Barclaycard Überweisungsservice.

Beitragszahlung

Der Beitrag für diese Versicherungen wird jährlich zum Zeitpunkt des Abschlusses von Ihrem Kartenkonto automatisch abgebucht.

Schadenmeldung Auslands-Krankenversicherung und Verkehrsmittel-Unfallversicherung

Die Schadenmeldung im Rahmen Ihrer Auslandsreise-Krankenversicherung und Verkehrsmittel-Unfallversicherung richten Sie bitte direkt an:

HanseMerkur Reiseversicherung AG

Abt. RLK-Leistung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20352 Hamburg
Telefon (0 40) 41 19 - 40 00
Telefax (0 40) 41 19 - 30 30
E-Mail: reiseservice@hmr.de

Barclaycard Kundenbetreuung

Telefon (0 40) 8 90 99 - 866
Telefax (0 40) 89 64 70

Gemäß gesetzlicher Anforderungen an Vermittler von Versicherungsprodukten sind wir zu folgenden Angaben verpflichtet:

BARCLAYCARD BARCLAYS BANK PLC ist

von der HanseMerkur Reiseversicherung AG für die Auslandsreisekrankenversicherung, sowie der Verkehrsmittel-Unfall Versicherung damit betraut, Versicherungsschutz zu vermitteln. Hierbei agiert Barclaycard als Versicherungsvertreter, der ausschließlich die genannten Versicherungen für den jeweiligen Versicherer vermittelt.

Adresse: Barclays Bank PLC, London, 1 Churchill Place, London E14 5HP, Register London, 1026167
Zuständige Zweigniederlassung: Gasstraße 4c, 22792 Hamburg;
Telefon: (040) 8 90 99 - 0; Telefax: (040) 89 64 70;
www.barclaycard.de, Handelsregister Hamburg: 47 374

Anwendbares Recht: Recht der Bundesrepublik Deutschland

Barclays hat eine Erlaubnis zur Vermittlung von zur Vermittlung von Versicherungsprodukten der UK-Financial Services Authority (FSA). Barclays ist mit der Registernummer 122702 registriert und unterliegt deren Aufsicht. Informationen zur Registerbehörde: UK-Financial Services Authority (FSA), 25 The North Colonnade, Carary Wharf, London E 14 5 HS, www.fsa.gov.uk/register oder rufen Sie diese unter 0044 (0) 845 6061234

Sollten Sie Beschwerden im Zusammenhang mit dem Vertrieb von Versicherungsprodukten haben rufen Sie uns bitte unter der Telefonnummer (040) 8 90 99 - 866 an oder schreiben an Barclaycard, Barclays Bank PLC, Gasstraße 4c, 22792 Hamburg.
Sollten wir Ihr Anliegen nicht klären können, haben Sie die Möglichkeit des außergerichtlichen Beschwerdeverfahrens über den Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin.

1. Auslandsreise-Krankenversicherung

Versicherungsumfang

Übernahme der vollen Kosten, die bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall dort entstehen.

Versichert sind:

- Ärztliche Heilbehandlung
- Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
- Arznei-, Verband- und Heilmittel
- Schmerzstillende Zahnbehandlung sowie notwendige Zahnfüllungen
- Medizinisch notwendiger Rücktransport nach Deutschland
- Überführungskosten bei Ableben des Versicherten

Der Karteninhaber hat freie Arzt- und Krankenhauswahl. (Siehe auch § 4 der beigefügten „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung in Verbindung mit Barclaycard nach Tarif ARB“ (AVB/ARB).)

Versicherungsschutz besteht unabhängig vom Einsatz der Barclaycard Kreditkarten, der Barclaycard ec-/Maestro-Karte bzw. von der Zahlung per Barclaycard Überweisungsservice.

Versicherte Personen

Karteninhaber.

Mitversichert sind nur auf gemeinsamen Reisen Ehegatten, in häuslicher Gemeinschaft wohnende Lebensgefährten, unverheiratete Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist der ständige Wohnsitz der versicherten Personen in Deutschland. Sofern der ständige Wohnsitz vorübergehend ins Ausland verlegt wird, besteht für das jeweilige Aufenthaltsland kein Versicherungsschutz.

Bedingungen

„Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung in Verbindung mit Barclaycard nach Tarif ARB (AVB/ARB)“.

Geltungsbereich

Weltweit ohne Deutschland.

Für ausländische Staatsangehörige, die im Besitz gültiger deutscher Barclaycard Kreditkarten sind, besteht darüber hinaus in der Regel kein Versicherungsschutz im jeweiligen Land des Hauptwohnsitzes oder dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen.

Leistungseinschränkungen

Siehe § 5 der beigefügten „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung in Verbindung mit Barclaycard nach Tarif ARB“ (AVB/ARB).

Dauer des Versicherungsschutzes je Reise

Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen (Dienst- und Privatreisen) bis zu 42 Tagen.

Rechte im Schadenfall

Die Ausübung der Rechte im Schadenfall steht dem Karteninhaber direkt zu.

Versicherer

HanseMerkur Reiseversicherung AG

Auszüge aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung in Verbindung mit Barclaycard nach Tarif ARB (AVB/ARB)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gilt auch Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften in Deutschland.
- (4) Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das Staatsgebiet Deutschlands sowie das Staatsgebiet, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat. Besitzt die versicherte Person sowohl die deutsche Staatsangehörigkeit als auch die eines anderen Staates oder ist sie Staatsangehörige eines EU-Staates, besteht Versicherungsschutz auch in dem Staatsgebiet, dessen ausländische Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt, sofern diese gemäß § 1 Abs. 5 AVB/ARB versicherungsfähig ist.

5. Lebensjahr mit ständigem Wohnsitz in Deutschland, die Inhaber der Barclaycard Kreditkarten sind.

(5) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von 42 Tagen nicht überschreiten.

(6) Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes. Endet das Versicherungsjahr (§ 3 Abs. 2 AVB/ARB) während des Auslandsaufenthaltes, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht beendet ist. Die Regelung in § 7 Abs. 2 AVB/ARB bleibt hiervon unberührt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem schriftlich vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), nicht jedoch

- vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages
- vor Zahlung des Beitrages
- vor Beginn des Auslandsaufenthaltes
- vor Aushändigung der Barclaycard Kreditkarten an die versicherte Person

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Auslandsreise beantragt und abgeschlossen werden. Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst ab dem Antritt einer neuen Auslandsreise.
- (3) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod der versicherten Person.
- (4) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug der versicherten Person aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.
- (5) Bei Wegfall der Inhaberschaft für die Barclaycard

Kreditkarten endet gleichzeitig das Versicherungsverhältnis.

- (6) Vollendet die versicherte Person das 75. Lebensjahr, endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.
- (4) Leistungen werden für folgende Kosten erbracht, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen:

1. Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- a) ambulante ärztliche Heilbehandlung, einschließlich Röntgendiagnostik;
- b) Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung, außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: kosmetische Präparate sowie Nähr- und Stärkungspräparate;
- c) schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung (hierunter fallen nicht: Inlay, Onlay, Overlay);
- d) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- e) Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
- f) den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

2. Rückführungskosten

Erstattet werden die Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports des Versicherten aus dem Ausland nach Deutschland, sofern eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland nicht sichergestellt ist und der Rücktransport im Verlauf einer leistungspflichtigen Heilbehandlung erforderlich wird.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung zur medizinisch notwendigen Versorgung während des Rücktransports erforderlich ist.

Vor der Durchführung eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland nach Deutschland muss der Versicherer rechtzeitig informiert werden und einwilligen; ansonsten mindert sich der Erstattungssatz der leistungspflichtigen Rücktransportkosten auf 75%.

3. Überführungskosten

Erstattet werden die Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes entstehen:

- a) durch die Überführung an den ständigen Wohnsitz des Versicherten bis zu € 5.200,- bei Tod im europäischen Ausland bzw.
bis zu € 10.300,- bei Tod im außereuropäischen Ausland oder
- b) durch die Bestattung der versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

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.

- (5) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin im jeweiligen Aufenthaltsland und im Inland überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus 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; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- b) für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- c) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse, für die Teilnahme an inneren Unruhen oder vereinsmäßig organisierten Sportwettkämpfen und/oder dazugehörigem Training verursacht worden sind;
- d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- e) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z.B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
- f) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen;
- g) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z.B. künstliche Befruchtung oder Insemination);
- h) für Hilfsmittel, z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw. (mit Ausnahme der in § 4 Abs. 4, 1.e) genannten Hilfsmittel);
- i) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- j) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;
- k) für Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- l) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- m) für eine Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenhäusern, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt.
Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von 42 Tagen seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung den Verhältnissen im Aufenthaltsland nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen einer staatlichen oder obligatorischen Versicherung (z.B. der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder der gesetzlichen Rentenversicherung, einer gesetzlichen Heilfürsorge oder Unfallfürsorge), so ist der Versicherte zur Geltendmachung der Ansprüche verpflichtet und der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

(2) Alle Belege 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 hervorgehen.

Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnungen durch die in § 5 Abs. 3 AVB/ARB genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

(3) Der Anspruch auf Erstattung von Rücktransportkosten ist durch eine ausführliche ärztliche Stellungnahme des im Ausland behandelnden Arztes zur medizinischen Notwendigkeit der Rückführung und der Art des Krankentransportes zu begründen (siehe auch § 4 Abs. 4 Nr. 2 AVB/ARB).

(4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

(5) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer

oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, er hätte begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders.

(6) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs, Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

(7) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen oder hierfür entstandene Kosten von den Leistungen abziehen.

(8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

(9) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen aus § 11 Abs. 1-3 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang).

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes – spätestens nach Ablauf von 42 Tagen eines Auslandsaufenthaltes – oder mit Ende des Versicherungsvertrages entsprechend § 3 Abs. 2-6 AVB/ARB.

(2) Ist die Rückreise aus dem Ausland bei Ende des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 1 aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz für leistungspflichtige Versicherungsfälle um längstens weitere 42 Tage.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Dazu hat die versicherte Person insbesondere die Behandler von der Schweigepflicht wie folgt zu entbinden:

„Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.“

(4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 und 2 AVB/ARB genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Solange die in § 9 Abs. 3 und 4 AVB/ARB genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, ruht die Leistungspflicht des Versicherers.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten

Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht – unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 67 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang) – die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostensatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

2. Verkehrsmittel-Unfallversicherung

Versicherungsumfang

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche Unfälle, die die versicherten Personen erleiden:

- als Fluggast bei Reise- oder Rundflügen in einem Propeller- oder Strahlflugzeug oder in einem Hubschrauber (nicht Motorsegler, Ultraleichtflugzeug oder beim Fallschirmspringen) sowie als Benutzer
 - eines der nachstehenden öffentlichen Verkehrsmittel im Linienverkehr: Schiff, Bahn, Bus, Taxe*,
 - eines Mietwagens (PKW/Kombi),
 - eines Miet-Wohnmobils während der Fahrt;
- *(Nicht versichert ist die Benutzung von sog. Verkehrsverbund-Unternehmen, es sei denn zwecks Antritt bzw. Beendigung einer Urlaubs- oder Dienstreise.)

Versicherungsschutz besteht unabhängig vom Einsatz der Barclaycard Kreditkarten, der Barclaycard ec-/Maestro-Karte bzw. von der Zahlung per Barclaycard Überweisungsservice.

Versicherte Personen

Karteninhaber sowie bei gemeinsamen Reisen Ehegatten, der in häuslicher Gemeinschaft wohnende Lebensgefährte sowie deren unverheiratete Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Ferner volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, sofern diese unterhaltsberechtigter sind und Unterhalt beziehen. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist der ständige Wohnsitz der versicherten Personen in Deutschland. Sofern der Hauptwohnsitz vorübergehend ins Ausland verlegt wird, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Versicherungssummen je versicherte Person

€ 128.000,- für den Todesfall*
€ 128.000,- für den Invaliditätsfall
€ 256.000,- für Vollinvalidität (Mehrleistung ab 90% Invaliditätsgrad)

*Für o.a. mitversicherte Kinder beträgt die Todesfallleistung € 5.200,-.

Höchstversicherungssummen

Die für die Versicherten in der Versicherungsbestätigung genannten Versicherungssummen stellen die Höchstleistungen für jede einzelne versicherte Person dar, unabhängig davon, ob Versicherungsschutz über eine oder mehrere Barclaycard Kreditkarten besteht.

Begrenzung der Versicherungssummen (Kumul-Risiko)

Benutzen mehrere durch diesen Unfallversicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Verkehrsmittel und überschreiten die Versicherungsleistungen im Schadenfall aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt € 12.800.000,-, so gilt dieser Betrag als gemeinsame Höchstersatzleistung für alle Versicherten. Die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

Bedingungen

„Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen“ (AUB 88), „Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungsschäden“ sowie „Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent“.

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Versicherungsschutz besteht für den Versicherten

- vom Besteigen bis zum Verlassen
 - des öffentlichen Verkehrsmittels,
 - des Mietwagens (PKW/Kombi),
 - des Miet-Wohnmobils;
- bei Flugreisen vom Eintreffen auf dem Flughafen- gelände bis zum Verlassen einschließlich des Fluges.

Wenn zum Erreichen und/oder Verlassen des Flughafengeländes ein öffentliches Verkehrsmittel benutzt wurde, ist die direkte unmittelbare Fahrt mitversichert – Gleiches gilt für die von der Luftfahrtgesellschaft durchgeführte Ersatzbeförderung. Bei der Anfahrt zum Flughafen besteht nur dann

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 15 Klagfrist/Gerichtsstand

- Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungs-

nehmer nicht innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

- Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, in Ermangelung einer solchen, seinen Wohnsitz hatte.
- Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- (1) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 - (2) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 - (3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Unfälle durch innere Unruhen, wenn der Versicherte aus Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - (4) Unfälle des Versicherten
 - bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen;
 - als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit.
 - (5) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 - (6) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- (1) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
 - (2) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
 - (3) Infektionen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzung gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt (2) Satz 2 entsprechend.
 - (4) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- (1) Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
 - (2) Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III die überwiegende Ursache ist.

Versicherungsschutz, wenn der anschließende Flug nachweislich mittels Barclaycard Kreditkarten, der Barclaycard ec-/Maestro-Karte bzw. per Barclaycard Überweisungsservice bezahlt wurde.

Geltungsbereich

Weltweit inkl. Deutschland.

Ausschlüsse

Es gelten die Ausschlüsse gemäß § 2 der „Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen“ (AUB 88). In Abänderung von § 2 sind Schäden jeder Art, die direkt oder indirekt durch Terrorakte verursacht worden sind, ausgeschlossen. Terrorakte sind jegliche Handlungen von Personen und Personengruppen zur Erreichung politischer, religiöser, ethnischer oder ideologischer Ziele, die geeignet sind, Angst und Schrecken in der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder staatliche Einrichtung Einfluss zu nehmen.

Weitere Unfallversicherungen

Dieser Versicherungsschutz gilt in jedem Falle zusätzlich zu bestehenden anderweitigen Unfallversicherungen, und zwar auch für den Bereich von Flugreisen.

Begünstigung im Todesfall

Sofern keine besondere Begünstigung gegenüber der HanseMerkur beantragt wird, die Erben.

Rechte im Schadenfall

Die Ausübung der Rechte im Schadenfall steht dem Karteninhaber direkt zu.

Versicherer

HanseMerkur Reiseversicherung AG

Auszüge aus den „Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen“ (AUB 88)

§ 1 Der Versicherungsfall

- Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Die Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus § 7; aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) 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.

- IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Nicht versicherbare Personen

- I. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- III. Der für dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzahlen.

§ 7 Die Leistungsarten

Die jeweils vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssummen) ergeben sich aus dem Vertrag. Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

- I. Invaliditätsleistung
- (1) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Hat der Versicherte bei Eintritt des Unfalles das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Leistung als Rente gemäß § 14 erbracht. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.
- (2) Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
- | | |
|---|------------|
| a) Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit | |
| eines Armes im Schultergelenk | 70 Prozent |
| eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 65 Prozent |
| eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks | 60 Prozent |
| einer Hand im Handgelenk | 55 Prozent |
| eines Daumens | 20 Prozent |
| eines Zeigefingers | 10 Prozent |
| eines anderen Fingers | 5 Prozent |
| eines Beines über der Mitte des Oberschenkels | 70 Prozent |
| eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels | 60 Prozent |
| eines Beines bis unterhalb des Knies | 50 Prozent |
| eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels | 45 Prozent |
| eines Fußes im Fußgelenk | 40 Prozent |
| einer großen Zehe | 5 Prozent |
| einer anderen Zehe | 2 Prozent |
| eines Auges | 50 Prozent |
| des Gehörs auf einem Ohr | 30 Prozent |
| des Geruchs | 10 Prozent |
| des Geschmacks | 5 Prozent |
- b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.
- c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt ist, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

- d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach (2) ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.

- (3) Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach (2) zu bemessen.
- (4) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- (5) Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

- II. Übergangsleistung
Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50 Prozent und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht.
Zur Geltendmachung wird auf § 9 VI verwiesen.
- VI. Todesfallleistung
Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.
Zur Geltendmachung wird auf § 9 VII verwiesen.

§ 8 Einschränkung der Leistungen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

§ 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

- I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
- II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Der Versicherte hat darauf hinzuwirken, dass die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.
- IV. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.
- V. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

- VI. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

- VII. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Die Meldung soll telegrafisch erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine nach Eintritt des Unfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt er zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Unfalles noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.

Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungen

- Die Versicherung wird zum vereinbarten Beitrag bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
- Tritt nach Ablauf eines Monats ab Beginn des Versicherungsjahres, für das gemäß Nummer 1 der erhöhte Beitrag zu entrichten ist, ein Versicherungsfall ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erzielt worden ist, so bemessen sich die Leistungen des Versicherers nach dem Verhältnis des neuerdings erforderlichen zu dem bisherigen Beitrag herabgesetzten Versicherungssummen.
- In Abänderung von § 2 II (4) der „Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen“ (AUB 88) fallen unter den Versicherungsschutz auch Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme von für Kinder schädlichen Stoffen. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
 - Dieser Einschluss gilt nur für Kinder, die im Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- In Abweichung von § 11 IV AUB 88 wird bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist von 3 Jahren auf 5 Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90%

§ 7 I. der „Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen“ (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

- Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 AUB 88) nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
- Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens € 153.388,- beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der HanseMercur Reiseversicherung AG weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Widerrufsrecht

Der Versicherte kann die Beitrittserklärung ab Antragsstellung ohne Angabe von Gründen innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach Zugang der Allgemeinen Versicherungsbedingungen widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an Barclaycard. Im Falle des wirksamen Widerrufs hat der Versicherte keinerlei Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag, eventuell bereits gezahlte Prämien werden erstattet.