

Allgemeine Geschäftsbedingungen für die internationale Krankenversicherung

Soweit in diesen Versicherungsbedingungen personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Diese internationalen Krankenversicherungsbedingungen (nachstehend "**Bedingungen**" genannt) enthalten allgemeine Bedingungen für internationale Krankenversicherungsverträge (nachstehend "**Verträge**" oder "**Versicherungsverträge**"), die zwischen dem Versicherer (vertreten durch den Coverholder) und dem Versicherungsnehmer abgeschlossen werden.

Besondere Bedingungen des Versicherungsschutzes, die für eine bestimmte versicherte Person gelten, sind in der jeweiligen Polizza (einschließlich ihrer Anhänge – dem Leistungskatalog und der Liste der versicherten Personen) und der Versicherungsbestätigung (falls ausgestellt) festgelegt. Im Falle einer Abweichung zwischen den allgemeinen Bedingungen und der Polizza haben die Bestimmungen der Polizza Vorrang. Sollte es eine Abweichung zwischen den Bedingungen/der Polizza und der ausgestellten Versicherungsbestätigung in Bezug auf eine versicherte Person(en) geben, so sind die Bestimmungen der Versicherungsbestätigung in Bezug auf diese versicherte(n) Person(en) maßgebend.

Diese Bedingungen, der Antrag des Versicherungsnehmers auf Abschluss der Versicherung (einschließlich der Unterlagen über den Gesundheitszustand und frühere internationale Krankenversicherungen) sowie weitere Informationen und Unterlagen, die sich die Parteien zum Zwecke des Vertragsabschlusses gegenseitig zur Verfügung stellen, die von den Parteien unterzeichnete Polizza (einschließlich des Leistungskatalogs und der Liste der versicherten Personen) sowie die einzelnen Versicherungsbestätigungen (sofern vom Coverholder ausgestellt) bilden den Versicherungsvertrag.

Besondere Begriffe, die in diesen Bedingungen und anderswo im Vertrag verwendet werden, sind nachfolgend im Artikel 1 ("Definitionen") ausdrücklich erläutert. Wenn eine Begriffsdefinition in diesen Bedingungen nicht auffindbar ist und auf der Grundlage der geltenden Gesetzgebung nicht erklärt werden kann, ist dieser Begriff gemäß seiner üblichen lexikalischen Bedeutung auszulegen.

Wann immer in diesen Bedingungen oder anderswo im Vertrag auf "**diese Versicherung**" Bezug genommen wird, ist die internationale Krankenversicherung gemäß dem spezifischen Vertrag (in Übereinstimmung mit allen darin festgelegten Bedingungen) gemeint.

Der Coverholder handelt bei der Ausübung aller seiner Rechte und Pflichten, die in diesen Bedingungen sowie anderswo im Vertrag festgelegt sind, im Namen des Versicherers.

Informationen über den Coverholder:

Firmenname:	dhig GmbH
Eingetragener Firmensitz:	Am Heumarkt 10/1, 1030 Wien, Österreich
Firmenbuchnummer:	FN 515759 w
Lizenzierung:	Versicherungsvermittlerlizenz ausgestellt vom Magistrat der Stadt Wien, Republik Österreich, unter der Nummer (GISA-Zahl): 31857536
Postanschrift:	Am Heumarkt 10/1, 1030 Wien, Österreich
E-Mail-Adresse:	contact@dhig.net
Internetseite:	https://dhig.net

1. DEFINITIONEN

Folgende Terminologie wird in diesen Bedingungen und an anderen Stellen in den gemäß diesen Bedingungen abzuschließenden oder abgeschlossenen Verträgen verwendet:

Ein **Unfall** ist ein externes, plötzliches, kurzfristiges, unbeabsichtigtes, nicht auf eine Krankheit oder deren Behandlung zurückzuführendes, unvorhergesehenes Zusammentreffen von Umständen, das sich während der Versicherungsdauer ereignet hat und bei dem gegen den Willen des/der Versicherten seine/ihre Gesundheit geschädigt wird oder er/sie stirbt. Als Unfälle gelten unter anderem: rechtswidrige Handlungen Dritter (einschließlich Terroranschläge), Rettungsversuche von Personen oder Gütern in Gefahr; Einatmen von Gasen oder Dämpfen sowie Aufnahmen von giftigen oder aggressiven Stoffen; durch einen Spurt verursachte Muskelzerrungen und -schäden; Erfrierungen; Ertrinken.

Aktiv-am-Arbeitsplatz bedeutet, dass eine natürliche Person alle wesentlichen Aufgaben ihrer üblichen Tätigkeit aktiv und kompetent ausführt, und zwar ohne Einschränkungen bezüglich der gesamten oder des größten Teils ihrer regulär vorgesehenen Arbeitszeit. Folgende Arbeitnehmer(innen) werden als "Aktiv-am-Arbeitsplatz" anerkannt: Arbeitnehmer(innen), die sich in Elternkarenz befinden; Arbeitnehmer(innen), die sich im Urlaub aus familiären Gründen befinden; Arbeitnehmer(innen), die sich im Jahresurlaub befinden sowie Arbeitnehmer(innen), die sich in Bildungskarenz befinden.

Die **Vorsorgeuntersuchung für Erwachsene (der Check-up)** umfasst eine Routineuntersuchung durch einen Allgemeinmediziner, Routineblutuntersuchungen und Urinanalysen für Personen ab 18 Jahren. Der Allgemeinmediziner empfiehlt je nach Alter und Geschlecht des/der Versicherten, seinem/ihrem allgemeinen Gesundheitszustand und seinen/ihren beruflichen Risiken weitere Untersuchungen und Konsultationen durch Fachärzte, die Folgendes umfassen können:

- Mammographien zur Brustkrebsvorsorge oder zu Diagnosezwecken:
 - eine Basismammographie für asymptomatische Frauen zwischen 35 und 39 Jahren;
 - eine Mammographie für asymptomatische Frauen zwischen 40 und 49 Jahren alle 2 Jahre;
 - eine jährliche Mammographie für Frauen ab 50 Jahren.
- PAP-Abstrich: ein jährlicher Papanicolaou-Abstrich für versicherte Frauen.
- Prostatakrebs-Screening (PSA-Test): eine jährliche Prostatakrebs-Vorsorgeuntersuchung für versicherte Männer ab 50 Jahren oder in jedem Alter, wenn sie von einem Arzt verordnet wird.
- Darmkrebs-Screening: eine jährliche Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung für Versicherte ab 55 Jahren.
- Knochendichtemessung: eine jährliche Untersuchung zur Bestimmung der Knochendichte der versicherten Person.

Das **Gesamtlimit pro Versicherungsfall** bedeutet das kombinierte Haftungslimit des Versicherers gemäß dem Vertrag, wenn ein relevanter Versicherungsfall eintritt, unabhängig von der Anzahl der von diesem Ereignis betroffenen Versicherten, ihren individuellen Versicherungssummen und den vertraglich vorgesehenen Leistungskatalogen. Das **individuelle Limit pro Versicherungsfall** bezeichnet das Haftungslimit des Versicherers gegenüber einer versicherten Person, wenn ein relevanter Versicherungsfall eintritt.

Unter **alternativen/komplementären medizinischen Praktiken (Alternativ-/Komplementärmedizin)** sind Praktiken und Produkte zu verstehen, die nicht weltweit als Methoden und Standards der medizinischen Behandlung und Gesundheitsfürsorge anerkannt sind. Zur Alternativmedizin gehören Akupunktur, Nadeltherapie, Hydrotherapie, Chiropraktik, homöopathische, naturheilkundliche und osteopathische Medizin sowie ayurvedische und traditionelle chinesische Medizin.

Der **Jahrestag** bezeichnet den jährlichen Jahrestag des in der ersten Police angegebenen Versicherungsbeginns.

Der **Versicherungsantrag** ist der bei der Versicherung/dem Coverholder eingereichte Antrag mit den erforderlichen Angaben zu Name, Anschrift, Alter, Größe, Gewicht, Geschlecht, Beruf, Versicherungshistorie, medizinischer Vorgeschichte und anderen Aspekten des Versicherten. Diese

Angaben sind wichtig, damit die Versicherung/der Coverholder ordnungsgemäß feststellen kann, ob der Antragsteller ihren Underwritingrichtlinien entspricht, und die angemessene Prämie festlegen kann. Der Antrag ist vom Antragsteller auszufüllen und zu unterschreiben und ist integraler Bestandteil der Versicherungspolizze, sofern diese ausgestellt wird. Der Antrag ist 30 Tage lang gültig, nachdem er vollständig ausgefüllt und vom Antragsteller unterzeichnet wurde.

Der **Assistance-Service** ist eine juristische Person, die vom Coverholder mit der Organisation von medizinischen Leistungen und der Zahlung der entsprechenden, durch den Vertrag gedeckten Kosten beauftragt wird. Die versicherte Person muss sich mit dem Assistance-Service in Verbindung setzen, um eine Vorabgenehmigung für jede Behandlung im Rahmen des Leistungskatalogs zu erhalten, wenn dies ausdrücklich im Absatz 5.4 der vorliegenden Bedingungen sowie anderswo im Vertrag angegeben ist. Der Assistance-Service ist 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr einsatzbereit. Die genauen Kontaktdaten des Assistance-Services sind in der Polizze angeführt.

Der Begriff "**Leistung**" bezeichnet medizinische Behandlungen, Waren und Dienstleistungen, für die sich der Versicherer bereit erklärt, zu zahlen/zu entschädigen (vorbehaltlich der Bedingungen, Beschränkungen, spezifischen und allgemeinen Ausschlüsse sowie anderer allgemeiner und besonderer Bedingungen, die im Vertrag festgelegt sind) und die im Leistungskatalog als durch den Vertrag abgedeckt aufgelistet sind. Diese Bedingungen (einschließlich des Artikels 1 "Definitionen") und andere Stellen im Vertrag können Bestimmungen enthalten, die bestimmte Leistungen erläutern oder anderweitig auf sie Bezug nehmen. Um jedoch jegliche Zweifel auszuschließen, sind alle Leistungen, die im Leistungskatalog (als durch den Vertrag abgedeckt) nicht ausdrücklich angeführt sind, nicht versichert.

Der **Leistungskatalog** ist das der Polizze beigefügte Verzeichnis von Leistungen, in dem die durch den jeweiligen Versicherungsvertrag abgedeckten Leistungen aufgelistet sind. Der Leistungskatalog ist ein untrennbarer Bestandteil der Polizze.

Die **Versicherungsbestätigung** ist ein Dokument, das vom Coverholder für eine versicherte Person ausgestellt wird, um die Versicherung dieser Person im Rahmen des geltenden Vertrags zu bestätigen. Die Versicherungsbestätigung ist in Verbindung mit diesen Bedingungen und der Polizze zu lesen.

Ein **chronisches Leiden oder eine chronische Erkrankung** ist eine Krankheit, eine Folge einer Verletzung oder ein Gesundheitszustand, der irreversible pathologische Veränderungen verursacht und zwei oder mehr der folgenden Merkmale aufweist:

- a. es gibt keine anerkannte Heilungsmethode, oder die Krankheit kehrt nach einer Behandlung zurück bzw. wird wahrscheinlich zurückkehren;
- b. sie ist dauerhaft (läuft auf unbestimmte Zeit weiter);
- c. sie erfordert eine langfristige Überwachung, Konsultationen, Kontrollen, Untersuchungen/Tests oder eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten;
- d. die versicherte Person muss rehabilitiert oder speziell geschult werden, um mit der Krankheit zurechtzukommen. **Tumor-, angeborene und erbliche Erkrankungen sind jedoch von der Definition des chronischen Leidens ausgeschlossen.**

Die Behandlung einer chronischen Erkrankung oder eines chronischen Leidens ist versichert, wenn dies im geltenden Leistungskatalog oder anderswo in der Polizze/Versicherungsbestätigung ausdrücklich angegeben ist.

Die **Schadensmeldung** bezeichnet einen Antrag auf Erstattung von Kosten für eine medizinische Behandlung/Waren oder Dienstleistungen, der von der versicherten Person, dem Versicherungsnehmer oder dem Erbringer der medizinischen Leistung (Behandlung)/der Ware oder Dienstleistung an den Coverholder gestellt wird. Die **Schadenzahlung** bedeutet eine positive Schadensregulierung, wobei die Schadenssumme (je nach versicherter Leistung) gänzlich oder zum Teil ausgezahlt werden kann.

Unter „**Heimreise aus familiären Gründen**“ sind Kosten für ein Rückflugticket in der Economy-Klasse in das Heimatland des/der Versicherten zu verstehen, wenn ein naher Familienangehöriger während des Versicherungszeitraums verstirbt. Als nahe Angehörige gelten: Ehepartner/Lebensgefährten, Eltern,

Schwiegereltern, Geschwister, Kinder (einschließlich (nicht) verheirateter Kinder, Stiefkinder, Pflegekinder und gesetzlich adoptierter Kinder), Enkelkinder oder Großeltern des/der Versicherten.

Der Begriff „**Komplizierte Schwangerschaft und Entbindung**“ umfasst folgende Erkrankungen und Komplikationen:

- Fehlgeburt, die sofort operiert werden muss, oder Tod des Fötus, wenn er mit der Plazenta in der Gebärmutter der Mutter verbleibt;
- Totgeburt;
- abnormes Zellwachstum in der Gebärmutter (Blasenmole);
- Eileiterschwangerschaft;
- starke Blutungen über mehrere Stunden oder Tage unmittelbar nach der Entbindung (postpartale Blutungen);
- Nachgeburtsreste in der Gebärmutter (Teile der Plazenta oder der Membranen) nach der Geburt des Kindes;
- tiefliegende Plazenta;
- Nephropathie;
- Präeklampsie (Erkrankung mit einer Reihe von Symptomen wie Bluthochdruck und Flüssigkeitsansammlung);
- Eklampsie (Spättoxikose, gekennzeichnet durch krampfartige Anfälle, gefolgt von einem komaähnlichem Zustand);
- Schwangerschaftsdiabetes;
- vollständiges Aussetzen der Wehen;
- therapeutischer Schwangerschaftsabbruch;
- Gebärmutterriss;
- Fruchtwasserembolie;
- Komplikationen, die nach den oben genannten Erkrankungen/Komplikationen auftreten können

Die **Leistung „Komplizierte Schwangerschaft und Entbindung“** umfasst die Erstattung von Kosten für die vor- und nachgeburtliche Betreuung sowie Entbindung der versicherten Mutter und ihres neugeborenen Kindes in den ersten 14 Lebenstagen, wenn der Arzt eine der unter der Definition "Komplizierte Schwangerschaft und Entbindung" genannten Erkrankungen/Komplikationen festgestellt hat oder wenn eine normale Entbindung das Leben der Mutter und/oder des Kindes/der Kinder gefährden würde. Neben den Untersuchungen und Konsultationen, die unter der Leistungsdefinition für normale Schwangerschaft und Entbindung angeführt sind, umfasst die Leistung „Komplizierte Schwangerschaft und Entbindung“ auch andere medizinisch notwendige Konsultationen, Untersuchungen und Behandlungen, die vom Arzt im Zusammenhang mit der komplizierten Schwangerschaft und Entbindung verordnet werden, und deckt auch die damit verbundenen Kosten für den örtlichen Rettungs-/Krankentransportdienst ab. Wenn jedoch in der Polizze/Versicherungsbestätigung der versicherten Mutter Diabetes und mit Diabetes zusammenhängende Erkrankungen ausdrücklich ausgeschlossen sind, werden durch diese Versicherung keine Behandlungen für Diabetes während der Schwangerschaft abgedeckt und es werden auch keine damit verbundenen Kosten erstattet.

Underwriting mit bestätigten vorherigen Ausschlüssen bedeutet, dass der Coverholder vom ehemaligen Versicherer der versicherten Person einen Nachweis über eine internationale Krankenversicherung erhalten hat, die unmittelbar vor dem Versicherungsbeginn/vertraglichen Beginn des Versicherungsschutzes für diese versicherte Person bestand, und dass der Coverholder zugestimmt hat, dieselben oder ähnliche spezifische Ausschlüsse zu bestätigen, sodass kein weiteres medizinisches Underwriting erforderlich ist.

Unter **angeborenen/erblichen Erkrankungen** versteht man alle Erbkrankheiten, angeborenen Störungen, körperlichen Anomalien und/oder Abweichungen von der normalen Entwicklung, die nach der Geburt aufgetreten sind, oder eine während der fötalen Entwicklung erworbene Erkrankung, unabhängig davon, ob diese zum Zeitpunkt der Entwicklung diagnostiziert wurde. Für die Versicherung ist es unerheblich, ob eine angeborene Krankheit auf Vererbung oder Umwelt zurückzuführen ist. Wenn die **Leistung**

„angeborene/erbliche Erkrankungen“ im geltenden Leistungskatalog als versichert angegeben ist, kann sie in Anspruch genommen werden, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- die Mutter war in ihrem Vertrag für Mutterschaft versichert;
- das Kind wurde geboren, als die Mutterschaftsversicherung gültig war;
- innerhalb der ersten 30 Tage nach der Geburt wurde das Kind ebenfalls in den Vertrag aufgenommen;
- die vom Coverholder bestimmte zusätzliche Versicherungsprämie (für die Versicherung des Kindes im Rahmen des Vertrags) wurde vollständig bezahlt.

Als **Bedenkzeit** gelten die ersten 30 Kalendertage ab Versicherungsbeginn, in denen der Versicherungsnehmer berechtigt ist, den Vertrag zu kündigen und die bezahlte Versicherungsprämie zurückzufordern, vorausgesetzt, dass während des oben genannten Zeitraums keine durch diesen Vertrag gedeckte medizinische oder sonstige Assistance-Leistung in Anspruch genommen wurde. Die Bedenkzeit gilt nicht für die Verlängerung/Erneuerung des Vertrages.

Die **Zuzahlung** ist ein prozentualer Anteil an den Kosten für eine vertraglich versicherte medizinische Behandlung/Ware/Dienstleistung, den der Versicherte selbst zu tragen hat (und für den der Versicherer nicht haftet).

Das **Wohnsitzland** ist das im Versicherungsantrag angegebene Land, in dem die versicherte Person während des gesamten Versicherungszeitraums ihren Hauptwohnsitz hat; diese Information ist in der entsprechenden Polizza und der Versicherungsbestätigung zu finden. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, den Coverholder über jeden längerfristigen (mehr als 3 Monate) oder dauerhaften Umzug der versicherten Person aus dem Land ihres Wohnsitzes zu informieren und dabei das in den vorliegenden Bedingungen beschriebene Verfahren einzuhalten.

Der **Coverholder** ist die Firma **dhig GmbH** (siehe Seite 1 für Kontaktdaten), die vom Versicherer mit dem Abschluss und der Durchführung aller Verträge in seinem Namen beauftragt wurde, einschließlich der (aber nicht beschränkt auf die) folgenden Punkte: Entgegennahme von Versicherungsanträgen, Underwriting, Erstellung von Versicherungsangeboten, Ausstellung und Unterzeichnung von Policen, Versicherungsbestätigungen sowie anderen Vertragsunterlagen, anschließende Vertragsverwaltung und Schadenbearbeitung.

Zu den **gefährlichen Sportarten** gehören Windsurfen, Surfen, Tauchen (bis zu einer Tiefe von 20 m), Wasserskilauf, Scooter-, Motorfahrrad- und Motorradfahren, Jetski- (Aqua-Bikes), Quad- und Schneemobilfahren, Parasailing, Segeln, Skifahren und Snowboarden.

Unter **teilstationärer Behandlung** versteht man die Behandlung in einem Krankenhaus oder einer medizinischen Tagesklinik, für die der Patient nicht über Nacht bleiben muss.

Die **Tageschirurgie** bezeichnet einen chirurgischen Eingriff, für den ein herkömmlicher Operationsaal erforderlich ist und der am selben Tag ohne Übernachtung durchgeführt wird.

Unter **Selbstbehalt** versteht man den ersten Betrag aller Kosten einer vertraglich versicherten Behandlung/Ware/Dienstleistung, den der Versicherte selbst bezahlen muss (und für den der Versicherer nicht haftet).

Unter **zahnärztlicher Grundversorgung** versteht man, vorbehaltlich der vertraglich vorgesehenen Beschränkungen, folgende Eingriffe: Schmerzlinderung, Röntgenaufnahmen, Füllungen/Zahnkariesbehandlung, einschließlich der Folgen von Karies (Pulpitis, Parodontitis), Extraktion und Wurzelbehandlung, chirurgische Eingriffe zur Entfernung eines komplizierten, verschütteten oder impaktierten Zahns, z. B. eines impaktierten Weisheitszahns, oder zur Behandlung einer irreversiblen Knochenerkrankung des/der Kiefer(s), die auf keine andere Weise behandelt werden kann, jedoch nicht, wenn sie mit einer Zahnfleischerkrankung oder einer Zahnerkrankung oder -beschädigung zusammenhängt.

Zur **großen restaurativen Zahnbehandlung** gehören folgende Eingriffe, vorbehaltlich der vertraglich vorgesehenen Beschränkungen: Behandlung des Zahnfleisches, Wiederherstellung der Funktion von Zahnprothesen, Einsetzen von neuen Prothesen, Kronen, Brücken und Stiftzähnen sowie damit zusammenhängende Eingriffe und Behandlungen.

Kieferorthopädische Behandlungen können von mitversicherten Angehörigen unter 18 Jahren in Anspruch genommen werden.

Zahnärztliche Präventiv- und Diagnosebehandlungen umfassen (vorbehaltlich der vertraglich vorgesehenen Beschränkungen) folgende Eingriffe: zahnärztliche Untersuchungen, routinemäßige Reinigungen, Röntgenaufnahmen, Fluoridapplikationen, Versiegelungen und Platzhalter (nicht kieferorthopädisch).

Unter **Zahnbehandlung nach einem Unfall** ist die Behandlung zu verstehen, die erforderlich ist, um die durch einen Unfall verlorenen oder beschädigten gesunden natürlichen Zähne des/der Versicherten wiederaufzubauen oder zu ersetzen, und die innerhalb von 90 Tagen nach dem Unfalldatum erfolgt. Schäden an Zähnen, die durch Beißen oder Kauen entstanden sind, sind von dieser Definition ausgeschlossen.

Ein **Zahnarzt (Zahnchirurg)** ist eine Person, die in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, offiziell zur Ausübung der Zahnmedizin qualifiziert und zugelassen ist.

Mitversicherte Familienangehörige (Angehörige) sind Ehepartner oder Lebensgefährten eines Hauptversicherten sowie dessen (nicht) verheiratete Kinder (einschließlich Stief-, Pflege- und Adoptivkinder), sofern das Kind zum Zeitpunkt des Inkrafttretens seines vertraglichen Versicherungsschutzes oder zum Jahrestag des Versicherungsabschlusses nicht älter als 18 Jahre ist (oder nicht älter als 24 Jahre, wenn nachgewiesen wird, dass sich das Kind in Vollzeitausbildung befindet).

Als **Invalidität** gilt der teilweise oder vollständige Verlust der normalen Arbeits- oder Lebensfähigkeit, der von einem qualifizierten Sachverständigen oder einer Fachorganisation des betreffenden Landes als Folge einer durch einen Unfall oder eine Krankheit verursachten Körperverletzung oder Gesundheitsstörung bestätigt wird.

Ein **Arzt (Therapeut)** ist eine Person, die ein Medizinstudium absolviert hat, eine staatliche Bescheinigung besitzt und in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, als Arzt zugelassen ist. Die versicherten Personen können jeden Arzt wählen, der diese Voraussetzungen erfüllt, sofern in der Polizza/der Versicherungsbestätigung nichts anderes angegeben ist. Um Zweifel auszuschließen, können die Vertragsparteien ausdrücklich vereinbaren, dass bestimmte oder alle medizinischen Behandlungen/Waren/Dienstleistungen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Krankenhausaufenthalte und ambulante Behandlungen) nur dann erstattungsfähig sind (d. h. von dieser Versicherung abgedeckt werden), wenn sie bei/von spezifischen Ärzten/Fachärzten/medizinischen Einrichtungen, wie ausdrücklich in der Polizza/Versicherungsbestätigung angegeben, durchgeführt/erbracht werden - eine solche Vereinbarung wird in der Polizza und/oder der Versicherungsbestätigung festgelegt.

Notfallversorgung außerhalb des primären Geltungsbereichs bedeutet, dass wenn sich die versicherte Person auf einer Geschäfts-/Privatreise oder Reise aus familiären Gründen (für einen Zeitraum von weniger als einem Monat) außerhalb des primären Geltungsbereichs befindet und unerwartet in eine medizinische Notlage gerät (als Folge einer Körperverletzung durch einen Unfall während der Reise, oder infolge einer akuten Krankheit, die während der Reise auftritt, oder infolge eines akuten Schubs einer solchen bestehenden Erkrankung, die erstmals während des Aufenthalts im primären Geltungsbereich gemeldet wurde), muss die ärztliche Behandlung innerhalb 24 Stunden nach Auftreten des Notfalls beginnen und der Umfang des Versicherungsschutzes ist auf den im geltenden Leistungskatalog genannten Betrag begrenzt und die folgenden Behandlungen sind ausgeschlossen:

- routinemäßige oder elektive Behandlungen;
- Heil- oder Nachbehandlungen, die keine Notfälle sind, auch wenn der Versicherte nicht in der Lage ist, in ein Land innerhalb seines geografischen Geltungsbereichs zu reisen.

- Behandlungen, die aufgeschoben werden können, bis die versicherte Person in den primären Geltungsbereich zurückkehrt;
- eine im Voraus geplante Behandlung vor der Reise aus dem primären Geltungsbereich;
- Behandlungen, die sich aus Umständen ergeben, die von der versicherten Person vernünftigerweise vorhergesehen werden konnten;
- mutterschaftsbezogene Behandlungen, einschließlich der Betreuung der schwangeren Mutter und des ungeborenen Kindes.

Von einer **medizinischen Notfall-evakuierung** spricht man im Falle eines kritischen Gesundheitszustandes, wenn ein vom Assistance-Service bevollmächtigter Arzt in Absprache mit dem behandelnden Arzt vor Ort feststellt, dass die versicherte Person für eine sofortige fachkundige medizinische Behandlung in ein anderes Krankenhaus oder eine andere Behandlungseinrichtung transportiert werden muss. Der Assistance-Service übernimmt die Kosten und organisiert so schnell wie möglich den Transport der versicherten Person in das/die nächstgelegene geeignete Krankenhaus/Behandlungseinrichtung, das/die eine angemessene medizinische Behandlung unter angemessener medizinischer Aufsicht bietet. Ein solches Krankenhaus kann sich in einem anderen, nächstgelegenen Land oder im Heimatland der versicherten Person befinden. Der Assistance-Service sollte kontaktiert werden, um alle medizinischen Notfall-evakuierungen zu genehmigen und zu organisieren. In schweren Notfällen in abgelegenen oder unterentwickelten Gebieten, in denen der Assistance-Service nicht im Voraus kontaktiert werden kann, muss die medizinische Notfall-evakuierung so schnell wie möglich gemeldet werden. Die **Leistung "Medizinische Notfall-evakuierung"** deckt auch die Kosten für den Transport einer weiteren Person, die den/die Versicherte(n) begleitet, wenn nach der Evakuierung eine stationäre Behandlung erforderlich ist, oder wenn ein Kind evakuiert werden muss, das nicht älter als 18 Jahre ist. Folgende Punkte sind in **der Leistung "Medizinische Notfall-evakuierung", sowie allen anderen vertraglichen Leistungen, nicht inkludiert:**

- Evakuierung auf See und auf hoher See: Wenn eine versicherte Person auf See verletzt wird oder erkrankt (z. B. bei Kreuzfahrten, Segeltörns usw.), ist der Coverholder nicht für die Organisation von Hilfeleistungen oder für Leistungszahlungen verantwortlich, bis die versicherte Person an Land ist. Dies bedeutet auch, dass alle Kosten im Zusammenhang mit einer Evakuierung vom Meer zum Land von der Deckung durch diese Versicherung ausgeschlossen sind. Sobald der/die Versicherte an Land ist, deckt der Vertrag die vertraglich vorgesehenen Behandlungen, Waren und Dienstleistungen. Befindet sich eine versicherte Person auf See, wird sie vom Versicherer aufgefordert per Seenotrettung in ein Land innerhalb ihres primären Geltungsbereichs evakuiert zu werden, sofern die Umstände dies erlauben.
- Bergrettung: Die Kosten von Such- und Rettungsaktionen in den Bergen.

Die Kosten für medizinische Notfall-evakuierung umfassen:

- die Kosten für ein einfaches Flugticket in der Economy-Klasse für die Begleitperson des/der Versicherten, wenn dies vom Assistance-Service bei der Organisation der Evakuierung genehmigt wurde;
- Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson, die den/die Versicherte(n) auf einer genehmigten medizinischen Notfall-evakuierung begleitet;
- Kosten für ein einfaches Flugticket in der Economy-Klasse, um den/die Versicherte(n) und ihre Begleitperson nach einer genehmigten medizinischen Notfall-evakuierung in ihr Wohnsitzland zurückzubringen;
- Taxikosten für die Begleitperson des/der Versicherten zum und vom Krankenhaus, um den/die Versicherte(n) im Krankenhaus zu besuchen, und
- Kosten für die Unterbringung der versicherten Person nach einem Krankenhausaufenthalt.

Ein **Expatriate** ist eine Person, die ihren Wohnsitz außerhalb ihres Heimatlandes hat.

Der Begriff „**Experimentelle Behandlung**“ umfasst medizinische Behandlungen, Verfahren, therapeutische Maßnahmen, medizinische Ausrüstung und Geräte oder pharmazeutische Produkte für medizinische oder chirurgische Zwecke, die sich in der Studien-, Versuchs- oder Testphase oder in irgendeinem Stadium der experimentellen Arbeit unter klinischen Bedingungen befinden und/oder noch nicht von verschiedenen wissenschaftlichen Organisationen oder von der internationalen medizinischen Gesellschaft oder von den zuständigen Behörden als ordnungsgemäß getestet, ausreichend sicher, effizient oder geeignet für die Behandlung von Krankheiten oder Verletzungen anerkannt sind.

Extremsportarten sind Aktivitäten, die allgemein als hochgradig gefährlich für Leben und Gesundheit anerkannt sind und umfassen (sind aber nicht beschränkt auf): Fallschirmspringen, Segelfliegen, Ski- oder Snowboardfahren in den Bergen außerhalb spezieller Pisten, Höhlenforschung, Sandboarding; Tauchen in Tiefen von mehr als 20 m; Wakeboarding; Flyboarding; Drachenfliegen; Gleitschirmfliegen; Kite-Surfen; Kajakfahren (Rafting in einem kleinen einsitzigen Boot, d.h. Kajak); Canyoning; Zorbing; Buckling; Base-Jumping; Skateboarding; Mountainbiking (Bergabfahrt mit einem speziellen Fahrrad); Bison-Track-Show (Traktorrennen); Bungeejumping (mit einem speziellen Sicherheitsseil von hohen Objekten); Roofing (Besteigen von schwer zugänglichen und gefährlichen Dächern und Türmen hoher Gebäude ohne Sicherheitsvorkehrungen); Alpinismus; Stunt Riding; Trial; Train Surfing; Freeboarding; Rollerblading; Stunting oder Crossing mit speziellen Fahrrädern; Teilnahme an Regatten; Motor-, Automobil- oder anderen Rennen.

Ein **Hausarzt oder Allgemeinmediziner** ist ein Arzt, der eine medizinische Behandlung durchführt, die keine Facharztausbildung erfordert.

Vollständiges medizinisches Underwriting bedeutet, dass der Versicherungsnehmer oder eine natürliche Person, für die ein Versicherungsantrag gestellt wird, dem Coverholder eine ausführliche medizinische Vorgeschichte vorlegen muss, damit dieser entscheiden kann, ob er den Antrag annimmt oder ablehnt und ob bestimmte Bedingungen oder besondere Ausschlüsse/Beschränkungen für die Versicherung dieser natürlichen Person gelten sollen. Die zu versichernde Person kann vom Coverholder aufgefordert werden, Auszüge aus ihren Krankenakten oder eine vollständige medizinische Vorgeschichte vorzulegen, sofern diese verfügbar sind, und sich einer ärztlichen Untersuchung gemäß den Anforderungen des Coverholders zu unterziehen. Wird dieser Aufforderung nicht nachgekommen, ist der Coverholder berechtigt, den Versicherungsantrag abzulehnen.

Die **Nachfrist** bezeichnet die Anzahl der Tage ab dem Datum, an dem die Versicherungsprämie oder eine ihrer Raten (falls die Zahlung der Versicherungsprämie auf halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Basis vereinbart wurde) vom Versicherungsnehmer fällig wird, während derer der Versicherungsnehmer die Versicherungsprämie zahlen muss. Die Nachfrist (falls anwendbar) wird in der Police oder in der Versicherungsbestätigung angegeben. Sollte der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der Versicherungsprämie oder eines Teils davon in Verzug geraten, behält sich der Coverholder das Recht vor, die Schadensregulierung nach dem Vertrag aufzuschieben, bis der Versicherungsnehmer den gesamten fälligen Betrag gezahlt hat, und/oder den Vertrag zu kündigen, wie in diesen Bedingungen weiter ausgeführt.

Die **Leistung für HIV/AIDS** umfasst die Kosten für Behandlungen, die durch das Humane Immundefizienz-Virus (HIV und/oder HIV-bedingte Krankheiten), einschließlich des erworbenen Immundefizienz-Syndroms (AIDS) oder des AIDS-bedingten Komplexes (ARC), verursacht werden oder damit zusammenhängen. Wenn die versicherte Person HIV-positiv ist, gilt die im Leistungskatalog für HIV/AIDS festgelegte Leistungsgrenze auch (auf kombinierter Basis) für die Behandlung der folgenden Erkrankungen: Candidose (Soor), Gebärmutterhalskrebs, CMN (Cytomegalovirus), Kryptokokkenmeningitis, Kryptosporidiose, HIV-assoziierte Hirnschädigung, Kaposi-Sarkom, Lymphom, Mycobacterium avium intracellulare, Lungenentzündung einschließlich PCP (Pneumocystis pneumonia), Thrombozytopenie, Toxoplasmose und Tuberkulose.

Als **Heimatland** gilt das Land, für das die versicherte Person einen gültigen Reisepass besitzt. Besitzt die versicherte Person mehr als einen Reisepass, so gilt die Staatsangehörigkeit, die im Versicherungsantrag angegeben wurde, als Heimatland. Für die Zwecke des Vertrags wird davon ausgegangen, dass die

Angehörigen dasselbe Heimatland haben wie der Hauptversicherte, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit.

Unter **Hormonersatztherapie** versteht man Beratungen und verschreibungspflichtige Medikamente, Pflaster oder Implantate zum alleinigen Zweck der Behandlung eines Hormonungleichgewichts, mit Ausnahme der Symptome der Menopause.

Ein **Krankenhaus (stationäre Klinik)** ist eine private oder öffentliche/staatliche Einrichtung, die gesetzlich beauftragt ist, medizinische Behandlungen von Krankheiten oder Körperverletzungen durchzuführen, und die über die notwendigen Ausrüstungen, materiellen/technischen Mittel und professionelle Mitarbeiter verfügt, um Diagnosen zu stellen, Operationen durchzuführen, Patienten kontinuierlich zu behandeln, zu überwachen, zu pflegen und in der sich Ärzte und medizinisches Personal 24 Stunden am Tag aufhalten. Stationäre Einrichtungen und Abteilungen, deren Haupttätigkeit die eines Kurortes, einer Hydroklinik, eines Sanatoriums, eines Pflegeheims, eines Altersheims oder einer Einrichtung zur Behandlung von Alkoholismus und Drogenabhängigkeit ist, sind von dieser Definition des Krankenhauses ausgeschlossen, und der Aufenthalt sowie die Behandlung der versicherten Person sind in diesen Einrichtungen nicht durch die Versicherung gedeckt. Darüber hinaus kann in der Police/der Versicherungsbestätigung vereinbart werden, dass nur der Aufenthalt und/oder die medizinische Behandlung, Waren und Dienstleistungen, die in einem bestimmten Krankenhaus/bestimmten Krankenhäusern (wie in der Police/der Versicherungsbestätigung ausdrücklich angegeben) erbracht werden, erstattungsfähig sind (d. h. durch diese Versicherung gedeckt sind).

Unter einem **Krankenhausaufenthalt (stationäre Behandlung)** versteht man die Einweisung einer versicherten Person in ein Krankenhaus zur Behandlung, mit Übernachtung oder längerem Aufenthalt aus therapeutischen Gründen.

Das **Krankenhaustagegeld** ist eine Geldleistung, die an die versicherte Person als Alternative zur Erstattung der Krankenhauskosten gezahlt wird. Die Leistung des Krankenhaustagegeldes (sofern im Leistungskatalog als abgedeckt angegeben) steht zur Verfügung, wenn die stationäre Unterbringung und Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus sowohl für die versicherte Person als auch für den Assistance-Service, den Coverholder oder den Versicherer kostenlos sind.

Eine **Krankheit** ist jede Störung des normalen Wohlbefindens eines Organismus, die auf funktionelle und/oder morphologische Veränderungen zurückzuführen ist und von einem Arzt diagnostiziert und bestätigt wird. Eine Krankheit umfasst alle Verletzungen und Folgen, die mit einer Diagnose verbunden sind, sowie alle Krankheiten, die auf eine Ursache oder auf miteinander verbundene Ursachen zurückzuführen sind. Wenn eine Krankheit auf dieselbe Ursache zurückzuführen ist, die zu einer früheren Krankheit oder einer damit zusammenhängenden Ursache geführt hat, dann gilt diese Krankheit als Fortschreiten der früheren Krankheit und nicht als eigenständige Krankheit.

Unter **Unfruchtbarkeitsbehandlung** versteht man die Behandlung von Unfruchtbarkeit, chirurgische Eingriffe oder In-vitro-Fertilisation (IVF) sowie alle Untersuchungsverfahren, die erforderlich sind, um die Ursache(n) der Unfruchtbarkeit festzustellen (z. B. Hysterosalpingographie, Laparoskopie, Hysteroskopie).

Eine **Verletzung** bedeutet einen durch einen Unfall verursachten Körperschaden.

Das **Ablaufdatum der Versicherung (Versicherungsablaufdatum)** ist der Tag, an dem der Versicherungsschutz aus dem Vertrag endet. Das Datum des Versicherungsablaufs wird in der Police angegeben. Eine versicherte Person kann durch vorherige Mitteilung des Versicherungsnehmers an den Coverholder vom Versicherungsschutz gemäß dem Vertrag ausgeschlossen werden, sofern im Vertrag nichts anderes festgelegt ist.

Die **Versicherungsprämie** ist eine Zahlung für die Versicherung im Rahmen des Vertrags, die vom Versicherungsnehmer in der im Vertrag festgelegten Weise und innerhalb der dort festgelegten Frist zu leisten ist. Bei Gruppenversicherungsverträgen können Versicherungsprämiensätze festgelegt werden.

Der **Versicherungsbeginn** ist der in der ersten Police angegebene Tag, an dem der Versicherungsschutz gemäß dem Vertrag in Kraft tritt (vorbehaltlich der hier und an anderen Stellen im Vertrag festgelegten

allgemeinen und besonderen Bedingungen). Sollte(n) zu irgendeinem Zeitpunkt während der in der Polizza festgelegten Versicherungsdauer (nach dem in der Polizza angegebenen Datum des Versicherungsbeginns) eine neue(n) versicherte(n) Person(en) in den Versicherungsschutz gemäß dem Vertrag aufgenommen werden, so beginnt der Versicherungsschutz in Bezug auf diese neu aufgenommene(n) versicherte(n) Person(en) an dem in der jeweiligen Versicherungsbestätigung angegebenen Datum und endet an dem in der Polizza festgelegten Versicherungsablaufdatum, auf deren Grundlage die besagte Versicherungsbestätigung auch ausgestellt wurde.

Die **versicherte Person** (der/die **Versicherte**) ist eine natürliche Person, zu deren Gunsten der Versicherungsnehmer den Vertrag abgeschlossen hat. Schließt eine natürliche Person einen Vertrag zu ihren Gunsten ab, erwirbt sie sowohl die Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers als auch die der versicherten Person.

Der **Versicherer** ist die in der Polizza angegebene, ordnungsgemäß zugelassene Versicherungsorganisation, die letztlich das Versicherungsrisiko im Rahmen des Vertrages trägt.

Eine **Intensivstation** ist ein Bereich oder eine Station innerhalb eines Krankenhauses, der/die als Intensivstation ausgewiesen ist, rund um die Uhr ausschließlich für die Behandlung von Patienten in kritischem Zustand vorbehalten ist vorgehalten wird und so ausgestattet ist, dass dort spezielle pflegerische und medizinische Leistungen erbracht werden können, die in anderen Krankenhausabteilungen nicht verfügbar sind.

Eine **Niereninsuffizienz** (mit **Nierendialyse**) bedeutet absolutes Nierenversagen, d.h. chronische irreversible Niereninsuffizienz beider (oder einer) Nieren, die eine Hämodialyse erfordert. Wenn die Leistung Nierendialyse durch die besonderen Bedingungen der Polizza abgedeckt ist, bedeutet dies, dass die Kosten für die Hämodialyse im Rahmen des Vertrags erstattet werden, wenn diese in einem Krankenhaus oder einem offiziell registrierten Behandlungszentrum für Niereninsuffizienz im Wohnsitzland der versicherten Person und bei einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der ihrer Wohnadresse am nächsten liegt und in der Lage ist, die notwendige Behandlung durchzuführen. Eine Unterbringung außerhalb eines Leistungserbringers und die damit verbundenen Transportkosten werden nicht erstattet.

Das **lebenslange Limit** bezeichnet den Höchstbetrag, der für den gesamten Zeitraum gilt, in dem eine Person im Rahmen des Vertrags versichert bleibt, unabhängig davon, wie oft der Vertrag verlängert/erneuert wird.

Ein **Ortsansässiger** ist eine natürliche Person, deren Wohnsitzland dasselbe ist wie ihr Heimatland.

Unter **örtlichem Rettungs-/Krankentransportdienst** versteht man die Kosten für die medizinisch notwendige Erstversorgung der versicherten Person durch den Arzt/Sanitäter des örtlichen Rettungs-/Krankentransportdienstes und den Transport der versicherten Person in ein örtliches Krankenhaus für medizinische Notfälle oder stationäre Behandlung, wenn dies medizinisch notwendig ist.

Ein **medizinischer Berater** ist ein vom Coverholder bestellter Arzt, der den Gesundheitszustand der versicherten Person oder der zur Versicherung angemeldeten Person beurteilt.

Ein **medizinischer Notfall** ist der plötzliche oder unerwartete Ausbruch eines Leidens, der eine medizinische oder chirurgische Behandlung erfordert, ohne welcher die Person sterben würde oder eine schwere Körpverletzung oder eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands zu erwarten wäre und die der/die Versicherte nach dem Ausbruch dieses Leidens (oder sobald eine solche Behandlung möglich ist, aber auf keinen Fall mehr als 24 Stunden nach dem Ausbruch) erhält.

Unter **unberücksichtigter medizinischer Vorgeschichte (UMV)** ist die Zustimmung des Coverholders zu verstehen, eine Person zu versichern, ohne sie aufzufordern, ihre medizinische Vorgeschichte oder Vorerkrankungen offenzulegen, und ohne ein Moratorium für die Deckung von Vorerkrankungen festzulegen. UMV ist nur bei Gruppen mit mindestens 20 Hauptversicherten Personen möglich, sofern der Coverholder und der Versicherte nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart haben.

Als **medizinisch notwendig** gelten medizinische Dienstleistungen, Medikamente, Produkte und Hilfsmittel, die alle nachstehenden Kriterien erfüllen:

- a. sie sind, nach der in der medizinischen Fachliteratur vorherrschenden Meinung sicher und wirksam, um den Gesundheitszustand oder die Krankheit, für den/die die Anwendung vorgeschlagen wird, zu behandeln oder zu diagnostizieren, oder im Falle der Behandlung eines lebensbedrohlichen Zustands oder einer Behandlung unter klinischen und experimentellen Bedingungen die sichersten (oder mit den geringsten Nebenwirkungen verbundenen).
- b. sie stimmen, in Bezug auf die Art, Regelmäßigkeit und Dauer der Behandlung, mit wissenschaftlich begründeten Normen und Vorschriften medizinischer Organisationen, Forschungsorganisationen oder Organisationen des Gesundheitswesens oder staatlicher Einrichtungen überein;
- c. sie sind aus medizinischer Sicht für die Erbringung solcher medizinischen Leistungen am annehmbarsten, auch unter Berücksichtigung der Kosten und der Leistungsqualität;
- d. sie sind aus anderen Gründen als zur Bereicherung des/der Versicherten oder zum Nutzen seines/ihrer Arztes erforderlich.

Unter **medizinischer Behandlung (Behandlung)** versteht man eine Reihe von medizinisch notwendigen Eingriffen, die von einem Arzt vorgenommen werden, einschließlich medizinischer Dienstleistungen, organisatorischer und technischer Maßnahmen, Bereitstellung von Medikamenten und medizinischen Produkten, die darauf abzielen, das Bedürfnis der versicherten Person zu befriedigen, von einer Krankheit oder einer Verletzung genesen zu werden, eine Diagnose zu stellen oder ihren Gesundheitszustand zu erhalten. Die Behandlung umfasst auch medizinisch notwendige Eingriffe, Leistungen, Maßnahmen, Medikamente und Produkte, die im Zusammenhang mit der Entbindung stehen.

Eine **Hebamme** ist eine Person, die regulär zu einer Hebammenausbildung zugelassen wurde, die in dem Land, in dem sie angesiedelt ist, ordnungsgemäß anerkannt ist, den vorgeschriebenen Studiengang in Hebammenkunde erfolgreich abgeschlossen hat und die erforderlichen Qualifikationen erworben hat, um als Hebamme registriert und/oder gesetzlich zugelassen zu werden.

Underwriting mit Moratorium (Moratorium-Underwriting) bedeutet, dass die versicherte Person keine Ansprüche im Zusammenhang mit ihren Vorerkrankungen geltend machen kann, die vom Versicherungsnehmer oder von den versicherten Personen bei der Beantragung der Versicherung angegeben wurden und/oder die ausdrücklich in der Police/der Versicherungsbestätigung aufgeführt sind. Wenn in der Police/der Versicherungsbestätigung nichts anderes angegeben ist, gilt ein Moratorium für die ersten 2 Jahre des ununterbrochenen vertraglichen Versicherungsschutzes. Wenn die versicherte Person innerhalb des Zeitraums des Moratoriums keine Symptome im Zusammenhang mit den Vorerkrankungen erlitten hat, keinen Arzt, Facharzt oder einen anderen Mediziner zu Kontrolluntersuchungen, Folgeuntersuchungen, medizinischer Behandlung oder Beratung im Zusammenhang mit den Vorerkrankungen konsultiert hat, und keine Medikamente, andere Arzneimittel, einschließlich rezeptfreier Medikamente, spezieller Diäten, Injektionen, Physiotherapie für diese Erkrankung oder eine damit zusammenhängende Erkrankung verschrieben bekommen oder eingenommen hat, dann kommen diese Vorerkrankungen nach Ablauf des Moratoriums für den Versicherungsschutz in Betracht, es sei denn, in der Police/der Versicherungsbestätigung ist ausdrücklich etwas anderes festgelegt.

Ein **Neugeborenes** ist ein Baby, das sich innerhalb der ersten 30 Kalendertage nach der Geburt befindet.

Die **Neugeborenenversorgung** bedeutet die medizinische Behandlung eines Neugeborenen innerhalb der ersten 14 Tage nach der Geburt. Die entsprechenden Kosten werden aus dem Vertrag der versicherten Mutter erstattet, vorausgesetzt, ihre Schwangerschaft ist durch den Vertrag gedeckt. Für den Fall, dass mehr als ein Kind geboren wird, wird die Leistung auf die Neugeborenen aufgeteilt.

Die **Leistung "Normale Schwangerschaft und Entbindung"** umfasst die Erstattung von Behandlungskosten im Zusammenhang mit der vor- und nachgeburtlichen Betreuung und der Entbindung der versicherten Mutter und ihres Neugeborenen in den ersten 14 Tagen seines Lebens, sofern kein besonderes geburtshilfliches Verfahren erforderlich ist. Die vorgeburtliche Betreuung umfasst Dreifach-/Vierfachttests,

Fruchtwasseruntersuchungen, DNA-Analysen für Frauen ab 35 Jahren, nicht mehr als drei routinemäßige vorgeburtliche Ultraschalluntersuchungen, es sei denn, diese sind medizinisch erforderlich, nicht mehr als 12 routinemäßige vorgeburtliche Kontrolluntersuchungen (z. B. Nackentransparenztest, Datierungsscans und Bluttests, Untersuchungen auf Anomalien, Medikamente zur Vorbeugung von Schwangerschaftskomplikationen, z. B. Blutverdünnung, Anti-D-Prophylaxe), es sei denn, diese sind medizinisch erforderlich, sowie Beratungen durch eine Hebamme. Die Kosten für Geburtsvorbereitungskurse, Elternkurse oder andere Kurse, 4D- oder 5D-Scans und Massagen für die Mutter werden von dieser Versicherung nicht übernommen.

Wenn sich eine Schwangerschaft über zwei Versicherungsjahre erstreckt und sich die Leistungsgrenze bei Vertragsverlängerung ändert, gelten die folgenden Regeln:

- Im ersten Jahr gelten die Leistungsgrenzen für alle erstattungsfähigen Kosten.
- Im zweiten Jahr gelten die geänderten Leistungsgrenzen für alle erstattungsfähigen Kosten, die im zweiten Jahr anfallen, abzüglich des Gesamtbetrags der bereits im ersten Jahr erstatteten Leistungen.

Wenn die Leistungsgrenze im zweiten Jahr sinkt und der Versicherer/Coverholder für die im ersten Jahr angefallenen erstattungsfähigen Kosten bereits bis zu diesem neuen Betrag oder darüber hinaus gezahlt hat, erbringt der Versicherer/Coverholder im zweiten Jahr keine zusätzlichen Leistungen.

Unter **nuklearem, chemischem und biologischem Terrorismus** versteht man den Einsatz von Kernwaffen oder nuklearen Vorrichtungen oder die Emission, Verbreitung, Freisetzung oder das Entweichen von festen, flüssigen oder gasförmigen chemischen und/oder biologischen Stoffen während der Laufzeit dieser Versicherung durch Personen oder Personengruppen, die alleine oder im Namen von oder in Verbindung mit Organisationen oder Regierungen handeln, aus politischen, religiösen oder ideologischen Zwecken oder Gründen, einschließlich der Absicht, eine Regierung zu beeinflussen und/oder die Öffentlichkeit oder Teile der Öffentlichkeit in Angst zu versetzen.

Als **chemischer Kampfstoff** gilt jede Substanz, die bei entsprechender Verteilung kampfunfähig machende, schädigende oder tödliche Wirkungen auf Menschen, Tiere, Pflanzen oder materielle Güter hat.

Biologische Kampfstoffe sind alle pathogenen (krankheitserregenden) Mikroorganismen und/oder biologisch erzeugten Toxine (einschließlich genetisch veränderter Organismen und chemisch synthetisierter Toxine), die bei Menschen, Tieren oder Pflanzen Krankheiten und/oder Tod verursachen.

Als **häusliche Krankenpflege** gelten medizinische Leistungen eines qualifizierten Krankenpflegers in der Wohnung der versicherten Person (ausgenommen Haushaltshilfe), wenn sie von ihrem Arzt verordnet wurden und in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Krankheit, einer Verletzung oder einem Gesundheitszustand stehen, für den die versicherte Person unmittelbar nach oder anstelle einer stationären oder tagesklinischen Behandlung behandelt wurde und wird. Diese Leistung kann nur nach vorheriger Genehmigung durch den Assistance-Service in Anspruch genommen werden.

Eine **onkologische Erkrankung** ist eine Krebserkrankung oder ein bösartiger Tumor jeglicher Art, einschließlich der Hodgkin-Krankheit, und schließt auch einen nicht-invasiven Krebs (in situ) ein.

Optische Leistungen sind verschreibungspflichtige Brillen und/oder Kontaktlinsen, die von einem Optiker bei einer Dioptrienzahl mit einem Betrag größer oder gleich 0.5 zur Verfügung gestellt werden, ausgenommen Fassungen und optische Sonnenbrillen.

Unter **ambulanter Versorgung/Behandlung** ist eine medizinische Behandlung zu verstehen, die der versicherten Person gewährt wird, wenn sie nicht als stationärer Patient in einem Krankenhaus oder Rehabilitationszentrum registriert ist, und umfasst Leistungen, die von einem Arzt erbracht oder angeordnet werden, der als Allgemeinmediziner, Facharzt oder medizinischer Berater zugelassen ist, sowie Labortests und radiologische oder nuklearmedizinische Verfahren zur Diagnose und Behandlung von Krankheiten.

Zu den ambulanten Leistungen gehört auch der Besuch des Arztes bei einem Patienten zu Hause, sofern dieser Besuch vom Assistance-Service veranlasst oder von diesem vertragsgemäß genehmigt wurde, wenn der Grund für den Arztbesuch der Gesundheitszustand des vertraglich versicherten Patienten ist und der nicht in der Lage ist, sich selbst ins Krankenhaus zu begeben, ohne sein Leben zu gefährden (aufgrund bestimmter Krankheitsmanifestationen) oder ohne das Risiko einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands (Fortschreiten der Krankheit oder ihrer Komplikationen). Wenn der Besuch eines Patienten zu Hause nicht in einer medizinischen Notfallsituation erfolgt, können nur die Kosten für die Konsultation des Arztes (sowie die Dienste des Krankenpflegers, falls medizinisch notwendig) erstattet werden, nicht jedoch die Kosten für den Transport des Arztes/Krankenpflegers. Wenn die versicherte Person (nach Meinung des Coverholders) in der Lage ist, den Arzt ohne Lebensgefahr oder weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands selbst aufzusuchen, es aber vorzieht, den Arzt zu sich nach Hause einzuladen, ist ein solcher Besuch nicht durch diese Versicherung gedeckt und es werden keine derartigen Kosten erstattet.

Ambulante Operationen sind Operationen, die innerhalb eines Tages ambulant oder in einem Operationssaal durchgeführt werden und bei denen der Patient noch am selben Tag aus dem Krankenhaus entlassen wird, ohne dass eine Übernachtung erforderlich ist.

Die Leistung „**Palliativmedizinische Behandlung einer unheilbaren Krankheit und Hospizpflege**“ umfasst die Kosten für Unterkunft, Pflege durch einen qualifizierten Krankenpfleger, verschreibungspflichtige Medikamente und Verbände, die in einem registrierten Hospiz oder Krankenhaus bei einer unheilbaren Prognose auf Anraten eines Arztes zur vorübergehenden Linderung der Symptome verabreicht werden.

Personenbezogene Daten sind alle Informationen über eine bestimmte oder bestimmbare natürliche Person ("**betroffene Person**"); als bestimmbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt identifiziert werden kann, insbesondere durch Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind.

Physiotherapie ist eine Behandlung, die von einem zugelassenen Physiotherapeuten durchgeführt und vom behandelnden Arzt angeordnet wird. Diese Leistung inkludiert Kinesiotherapie, die von einem zugelassenen Physiotherapeuten auf Überweisung eines behandelnden Arztes durchgeführt wird und schließt Therapien wie Rolfing, Pilates, Fango, Milta und Therapien, die medizinisch nicht notwendig sind, aus.

Der **Versicherungsnehmer** ist eine natürliche oder juristische Person, die einen Vertrag zu den hier und anderswo im Vertrag vorgesehenen Bedingungen abgeschlossen hat.

Die **Versicherungsdauer** (der **Versicherungszeitraum**, die **Versicherungslaufzeit**) ist der in der Police/der Versicherungsbestätigung angegebene Zeitraum zwischen dem Datum des Versicherungsbeginns und dem Datum des Versicherungsablaufs, in dem der Versicherungsschutz besteht, sofern er nicht vom Versicherungsnehmer oder vom Coverholder vor dem Datum des Versicherungsablaufs gekündigt wird. Außerhalb des Versicherungszeitraums entstandene Kosten/gemeldete Krankheiten sind nicht versichert.

Vorerkrankungen sind alle bekannten Erkrankungen (oder damit zusammenhängende Gesundheitszustände) der versicherten Person, die innerhalb von zwei Jahren vor dem Datum des Versicherungsbeginns/Beginns des vertraglichen Versicherungsschutzes für die versicherte Person (wenn der allererste vertragliche Versicherungsschutz der versicherten Person nach dem Datum des Versicherungsbeginns in Kraft tritt) eines oder mehrere der folgenden Merkmale aufweisen/aufgewiesen haben:

- sie wurden diagnostiziert;
- es war eine medizinische Behandlung nötig (einschließlich rezeptfreier Medikamente, spezieller Diäten, Injektionen oder anderer Verfahren oder Untersuchungen);
- ärztlicher Rat wurde eingeholt, einschließlich medizinischer Routineuntersuchungen und Check-ups;

- wenn anerkannte klinische Ratschläge befolgt worden wären, wäre ärztlicher Rat eingeholt worden;
- es treten nicht diagnostizierte Symptome auf, ob erkannt oder nicht.

Als Vorerkrankungen gelten auch alle Erkrankungen, die zwischen dem Datum, an dem das Antragsformular ausgefüllt wurde, und zu einem späteren Zeitpunkt wie der folgenden auftreten:

- das Datum, an dem die Versicherungsbestätigung ausgestellt wird
- das Datum des Beginns der Polizze

Unter **Schwangerschaft** versteht man den Zeitraum vom Zeitpunkt der Empfängnis bis zur Entbindung.

Verschreibungspflichtige Medikamente (Medikamente) sind Arzneimittel, die zur Behandlung einer bestätigten medizinischen Diagnose oder eines medizinischen Zustands erforderlich sind und von einem Arzt verschrieben wurden, mit der Ausnahme von rezeptfreien Arzneimitteln wie Aspirin, Erkältungsmitteln (gegen Schnupfen, Erkältung und Grippe), homöopathischen Arzneimitteln und Kräutern, Lifestyle-Produkten, Vitaminen, Nahrungsergänzungsmitteln, diätetischen Produkten und experimentellen Arzneimitteln, auch wenn diese von einem Arzt verschrieben wurden.

Eine ärztliche Verschreibung (Rezept) für ein Arzneimittel sollte folgende Angaben enthalten:

- Vor- und Nachname des Arztes oder Name der Ambulanz, Adresse und Telefonnummer;
- Datum der Verschreibung;
- Vollständiger Name des Patienten, Alter;
- Bezeichnung des Arzneimittels oder Anweisung zu seiner Herstellung (pharmazeutisches Fertigerzeugnis oder Hinweis an die Apotheke, es vor Ort herzustellen);
- Verschreibungsfrist (vom Arzt angegeben). Wenn die Verschreibungsfrist nicht angegeben oder nicht durch die geltenden örtlichen Vorschriften festgelegt ist, wird angenommen, dass die Verschreibung einen Monat ab dem Verschreibungsdatum gültig ist;
- Unterschrift des Arztes;
- Persönliches Arztsiegel (falls vorhanden);
- Siegel der Apotheke/des Arzneimittelanbieters (falls vorhanden).

Vorbeugende Maßnahmen sind Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene (Check-ups) und Impfungen, wie sie hier definiert sind.

Als **primärer Geltungsbereich** gilt die geografische Region oder eine Gruppe von Ländern, in der alle im Leistungskatalog genannten Leistungen gelten. Der anwendbare primäre Geltungsbereich ist in der Polizze und/oder in der Versicherungsbestätigung angegeben.

Die **hauptversicherte Person (der/die Hauptversicherte)** wird, je nach Versicherungsnehmer, über folgende Kriterien definiert:

- Wenn eine juristische Person die/der Versicherungsnehmer/-in ist und sie ihre Angestellten und deren Angehörige (falls versichert) versichert, dann ist der Angestellte die hauptversicherte Person;
- Wenn eine Personenvereinigung ihre Mitglieder und deren Angehörige (falls versichert) versichert, ist das Mitglied der Vereinigung die hauptversicherte Person;
- wenn eine natürliche Person sich selbst versichert, ist sie die hauptversicherte Person;
- Wenn eine natürliche Person ihre Verwandten oder Familienmitglieder, aber nicht sich selbst versichert, kann sie eine erwachsene Person (18 Jahre oder älter) auswählen, die als hauptversicherte Person gelten wird.

Unter **Verarbeitung** versteht man jeden (mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren) ausgeführten Vorgang oder jede Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten oder einer Reihe personenbezogener Daten wie das Erheben, das Erfassen, das Organisieren, das Strukturieren, das Speichern, das Anpassen oder Verändern, das Auslesen, das Abfragen, das Verwenden, das Offenlegen

durch Übermitteln, Verbreiten oder eine andere Form des Bereitstellens, das Abgleichen oder das Verknüpfen, das Einschränken, das Löschen oder das Vernichten.

Unter **Berufssport** versteht man alle sportlichen Aktivitäten (außer Schach und Dame), die bei offiziellen nationalen oder internationalen Sportwettkämpfen auf Vergütung/Gehalt oder offiziell anerkannte Sportergebnisse wie einen Rang, eine Bewertung, einen Titel usw. abzielen. Dazu gehören auch die Vorbereitung auf Sportwettkämpfe und das entsprechende Sporttraining. Zum Berufssport gehört auch jede Art von Wettbewerb mit Kraftfahrzeugen.

Eine **Prothese** ist eine Vorrichtung, die ein ganzes Organ oder einen Teil davon ersetzt oder einen behinderten oder schlecht funktionierenden Körperteil ganz oder teilweise ersetzt.

Zu den **internen prothetischen Vorrichtungen und Hilfsmitteln** gehören implantierte interne Prothesen (z. B. Herzschrittmacher und Hüftgelenke, Brustprothesen für Krebspatienten) sowie intern implantierte Vorrichtungen und Hilfsmittel (z. B. chirurgisches Netz, Stents, Knochenzement, implantierte Muttern, Bolzen, Schrauben und Stäbe). Interne prothetische Vorrichtungen und Hilfsmittel werden nur dann von der Versicherung übernommen, wenn sie von einem Arzt verordnet, vom Assistance-Service vorab genehmigt und während der Operation eingesetzt werden, die durch die Versicherung gedeckt ist. Prothesen und Hilfsmittel im Zusammenhang mit sexuellen Funktionsstörungen werden von dieser Versicherung nicht übernommen.

Zu den **externen Prothesen und Hilfsmitteln** gehören auch solche, die als notwendiger Teil der Behandlung unmittelbar nach der Operation sowie als Teil des Heilungsprozesses verwendet oder installiert werden. Die Leistung für externe Prothesen und Hilfsmittel (sofern im Leistungskatalog angegeben) umfasst alle mit dem Eingriff verbundenen Kosten, einschließlich aller Therapien im Zusammenhang mit der Nutzung der neuen Gliedmaße. Spezielle Hochleistungsprothesen für den Sport oder zur Verbesserung der sportlichen Leistung werden von dieser Versicherung nicht übernommen.

Der **Leistungserbringer** ist eine Organisation oder ein Arzt, der ordnungsgemäß für ambulante medizinische Behandlungen und Konsultationen zugelassen ist, ein Krankenhaus, eine ordnungsgemäß zugelassene Organisation für medizinische Wissenschaft und Behandlung, eine Apotheke, ein zertifiziertes Rehabilitationszentrum eine Organisation für Präventivmedizin, eine Einrichtung, die medizinische Hilfe und Transportdienste bietet, ein Bestattungsunternehmen, ein Übersetzungsbüro, oder ein anderer Dienstleister, der (in Übereinstimmung mit der örtlichen Gesetzgebung) medizinische Behandlungen oder andere Dienstleistungen für die versicherte Person erbringt oder der vom Coverholder oder seinen Vertragspartnern/Unterauftragnehmern mit der Organisation von Behandlungen und anderen Dienstleistungen oder der Erstattung der entsprechenden Kosten beauftragt wird, unter Berücksichtigung des in der Polizze vorgesehenen Leistungskatalogs.

Eine **psychiatrische Erkrankung** ist eine Geistes- oder Nervenstörung, die die Kriterien für eine Klassifizierung nach einem internationalen Klassifikationssystem wie dem **Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM)** oder **der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD)** erfüllt. Die Störung muss mit aktuellem Leidensdruck oder einer erheblichen Beeinträchtigung der Fähigkeit der Person verbunden sein, eine wichtige Lebensaktivität (z. B. eine Beschäftigung) auszuüben. Der genannte Zustand muss klinisch bedeutsam sein und darf nicht nur eine zu erwartende Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis sein, wie z. B. einen Trauerfall, Beziehungs- oder Schulprobleme oder Akkulturation. Die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen muss von einem Psychiater oder klinischen Psychologen durchgeführt werden. Diese Versicherung deckt Psychotherapie (stationär oder ambulant), wenn die versicherte Person zunächst von einem Psychiater diagnostiziert und zur weiteren Behandlung an einen klinischen Psychologen überwiesen wird.

Unter **rekonstruktiver Chirurgie** ist ein chirurgischer Eingriff zu verstehen, der erforderlich ist, um das Aussehen/die Funktion des Körpers der versicherten Person nach einem Unfall oder einer

Krankheit/Verletzung zu rekonstruieren bzw. wiederherzustellen. Damit die rekonstruktive Chirurgie von dieser Versicherung abgedeckt wird, müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- a) der ursprüngliche Unfall oder die ursprüngliche Krankheit/Verletzung muss nach dem Datum des Versicherungsbeginns eintreten (und wenn der Versicherungsschutz einer versicherten Person nach dem Datum des Versicherungsbeginns in Kraft tritt, muss der ursprüngliche Unfall/die ursprüngliche Krankheit/Verletzung dieser versicherten Person nach dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes für diese versicherte Person eintreten) und von dieser Versicherung gedeckt sein, und
- b) die rekonstruktive Operation selbst muss innerhalb von 24 Monaten nach dem ursprünglichen Unfall oder der ursprünglichen Krankheit/Verletzung durchgeführt werden, und
- c) das Datum der rekonstruktiven Operation muss innerhalb des Versicherungszeitraums liegen.

Unter **Rehabilitation** versteht man eine von einem Arzt verordnete stationäre oder ambulante Behandlung mit dem Ziel, Gesundheit und Mobilität nach einem Unfall, einer Verletzung oder einer Krankheit so weit wiederherzustellen, dass der Patient sich selbst versorgen kann. Die Behandlung muss in einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung stattfinden und innerhalb von fünf Tagen nach der Entlassung aus einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung beginnen.

Der **Rückversicherer** ist eine ordnungsgemäß zugelassene Versicherungs- oder Rückversicherungsorganisation, mit der der Versicherer eine Vereinbarung über die Rückversicherung von Risiken im Rahmen des Vertrags geschlossen hat.

Eine **zusammenhängende (zufällige) Erkrankung** ist jede Krankheit, körperliche Verletzung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands, einschließlich psychischer Störungen, die durch eine Vorerkrankung verursacht wird oder auf die gleiche Ursache wie die Vorerkrankung zurückzuführen ist.

Das **Verlängerungsangebot** bezeichnet das Angebot, welches der Versicherungsnehmer vom Coverholder vor dem Versicherungsablaufdatum in Bezug auf den Leistungskatalog sowie andere allgemeine und besondere Bedingungen erhält, die dem Versicherungsnehmer zur Verfügung stehen, wenn dieser den Versicherungsschutz fortsetzen möchte.

Die **Leistung "Überführung oder Bestattung vor Ort"** bedeutet, dass im Falle des Todes der versicherten Person außerhalb ihres Heimat- oder Wohnsitzlandes ihr gesetzlicher Vertreter das Recht hat, entweder die Überführung des Leichnams der versicherten Person in ihr Heimat- oder Wohnsitzland oder die Bestattung oder Einäscherung vor Ort zu beantragen, wobei alle entsprechenden Vorkehrungen und Kosten im Rahmen des Vertrages übernommen werden.

Diese Leistung gilt nicht für Personen, die am Tag des Versicherungsbeginns bzw. am Tag des Beginns ihres ersten vertraglichen Versicherungsschutzes (wenn der erste vertragliche Versicherungsschutz für sie nach dem Tag des Versicherungsbeginns beginnt) 65 Jahre oder älter sind.

Die **Leistung "Wiederherstellende Sprachtherapie"** bedeutet, dass die Kosten für ambulante Konsultationen, Sitzungen und Unterricht bei einem Sprachtherapeuten zur Wiederherstellung der durch einen Unfall oder eine Krankheit verlorenen Sprachfähigkeiten im Rahmen des Vertrages erstattet werden können, wenn eine Behandlung der unfallbedingten Verletzung oder der damit verbundenen Krankheit durch den Vertrag gedeckt ist und die Bestellung des Sprachtherapeuten vom behandelnden Arzt des/der Versicherten verordnet wurde.

Ein **halbprivates Zimmer** ist ein Zimmer in einem Krankenhaus, das für die Unterbringung von zwei Personen vorgesehen ist, mit entsprechenden Behandlungssätzen und Gebühren.

Ein **Facharzt** ist ein Arzt, der über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der Behandlung der zu behandelnden Krankheit oder Verletzung verfügt oder über entsprechendes Fachwissen verfügt.

Ein **spezifischer Ausschluss** ist jeder Ausschluss, der in Bezug auf die versicherte Person aufgrund der Ergebnisse des vollständigen medizinischen Underwritings, welches vor ihrer Aufnahme in den Vertrag durchgeführt wurde, und/oder aus anderen Gründen angewendet wird. Die spezifischen Ausschlüsse sind

in der Polizze und/oder in der Versicherungsbestätigung angegeben und gelten zusätzlich zu den in den vorliegenden Bedingungen beschriebenen allgemeinen Ausschlüssen.

Als **Ehegatte/-in** gilt eine Person, die nach geltendem Recht als Ehegatte/-in anerkannt ist.

Ein **Standard-Privatzimmer** ist das günstigste (reguläre) Privatzimmer mit einem Bett, das in einem Krankenhaus zur Verfügung steht.

Die **Versicherungssumme** bezeichnet den kombinierten Höchstbetrag der Leistungsbeträge, die im Rahmen des Vertrages innerhalb eines Versicherungszeitraums im Zusammenhang mit einer einzigen versicherten Person vom Versicherer gefordert werden können, es sei denn, es gilt das Gesamtlimit oder das individuelle Limit pro Versicherungsfall.

Unter **Chirurgie** versteht man eine Reihe von Eingriffen an menschlichen Geweben oder Organen, denen sich eine versicherte Person aufgrund therapeutischer Indikationen unterzieht und die von einem qualifizierten Arzt in Übereinstimmung mit den allgemein anerkannten Standards in der chirurgischen Abteilung (Operationssaal) eines Krankenhauses oder in einer ambulanten medizinischen Einrichtung durchgeführt werden, um die Funktionen des Körpers zu behandeln, zu diagnostizieren oder zu verbessern, wobei verschiedene Methoden der Gewebetrennung, -entfernung und -anheftung angewendet werden.

Ein **terroristischer Angriff** ist die Anwendung von Gewalt und/oder die Androhung einer solchen Anwendung durch eine Person oder Gruppe(n) von Personen, die unabhängig oder im Namen einer Organisation(en) oder einer Regierung(en) oder in Verbindung mit diesen handeln und dabei politische, religiöse, ideologische oder ähnliche Ziele verfolgen, einschließlich der Absicht, die Regierung zu beeinflussen und/oder die Bevölkerung oder einen Teil davon in Angst und Schrecken zu versetzen; oder die Verwendung von biologischen, chemischen, radioaktiven oder nuklearen Stoffen, Materialien, Mitteln oder Waffen.

Eine Nieren-, Herz-, Herz-Lungen-, Leber-, Knochenmark- und Stammzellentransplantation (sowohl körpereigen als auch vom Spender) bedeutet einen transplantationschirurgischen Eingriff, bei dem die versicherte Person der Empfänger ist. Die Kosten für die Beschaffung des Transplantationsmaterials und die Kosten des Spenders werden von dieser Versicherung nicht übernommen. Die Transplantation/Stammzellenbehandlung muss in international anerkannten Einrichtungen von ordnungsgemäß qualifizierten Chirurgen durchgeführt werden, und die Organbeschaffung muss in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfolgen.

Der **Underwriter** ist eine ordnungsgemäß qualifizierte oder zugelassene natürliche oder juristische Person, die vom Coverholder mit der medizinischen und finanziellen Prüfung eines Antrags auf die Versicherung beauftragt wird.

Das **Underwriting** bezeichnet den Prozess der Bewertung des medizinischen und finanziellen Risikos im Zusammenhang mit der Bereitstellung einer Versicherung für bestimmte Personen, die eine Versicherung beantragen (zu versichernde Personen), die Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung dieser Risiken, die Entscheidung über den spezifischen Versicherungsschutz für die zu versichernden Personen und die Entscheidung über die entsprechende Versicherungsprämie sowie über andere Versicherungsbedingungen.

Gewöhnliche, handelsübliche und vertretbare Kosten oder Gebühren sind Kosten für ärztliche Konsultationen, medizinische Behandlungen, Dienstleistungen, Medikamente, Produkte und medizinische Leistungen, die **höchstwahrscheinlich** anfallen, wenn medizinische Leistungen ähnlicher Komplexität von anderen Ärzten, Krankenhäusern oder ambulanten medizinischen Einrichtungen derselben Kategorie (Klasse) in derselben oder angrenzenden Region oder im ganzen Land in Anspruch genommen werden, auch unter Berücksichtigung allgemein anerkannter oder von autorisierten Gremien/Organisationen empfohlener Methoden, Pläne oder Behandlungen der betreffenden Krankheit, Operationen oder Verfahren sowie Durchschnittspreise, sofern diese in den betreffenden Ländern verfügbar sind. In Ländern, in denen Preislisten für medizinische Leistungen empfohlen werden oder in denen öffentlich

zugängliche Statistiken über die Kosten medizinischer Leistungen geführt werden, setzt der Begriff "**gewöhnliche, handelsübliche und vertretbare Kosten**" die Berücksichtigung von Preislisten und statistischen Daten voraus. Kann ein gewöhnlicher, handelsüblicher und vertretbarer Betrag aufgrund der Ungewöhnlichkeit der Dienstleistung oder Versorgung nicht bestimmt werden, legt der Assistance-Service im Namen des Coverholders fest, inwieweit die Kosten angemessen/vertretbar sind, wobei die Komplexität der Leistung, der Grad der erforderlichen Fachkenntnisse und alle anderen relevanten Faktoren berücksichtigt werden.

Unter **Impfung** versteht man eine medizinisch notwendige Impfung gemäß den medizinischen Indikationen und Empfehlungen eines Arztes oder gemäß den vorgeschriebenen staatlichen Impfnormen im Wohnsitzland oder eine freiwillige Impfung, auch wenn die Impfung durchgeführt wird, um eine Einreiseerlaubnis in ein anderes Land (von den offiziellen Behörden dieses Landes) zu erhalten. Die Kinderimpfung umfasst: Diphtherie, Hepatitis B, Masern, Mumps, Keuchhusten, Polio, Röteln, Tetanus, Varizellen, Haemophilus influenzae Typ B und Hepatitis sowie andere medizinisch notwendige Kinderimpfungen.

Die **Karenzzeit** bezeichnet den Zeitraum, in dem keine Behandlungen, Waren und Dienstleistungen bezahlt werden und keine Erstattung im Rahmen von Leistungen erfolgt, wie im Leistungskatalog und/oder an anderen Stellen in der Polizze/Versicherungsbestätigung festgelegt. Wenn die Karenzzeit zum Zeitpunkt der Vertragsverlängerung noch nicht abgelaufen ist, gilt nur der noch nicht abgelaufene Teil der Karenzzeit für die neue Vertragslaufzeit.

Die **Gesundheitsfürsorge für Kinder** umfasst medizinische Untersuchungen und Tests, die in den geltenden nationalen Normen für Kinder von der Geburt bis zum Alter von 18 Jahren festgelegt sind und der Überwachung und Bewertung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung dienen. Diese Untersuchungen und Tests können unter anderem Folgendes umfassen: Blutuntersuchungen, Messungen von Größe und Gewicht, Überprüfung der Sinne, neurologische Untersuchungen, Erkennung von Erb- und Stoffwechselkrankheiten, Urinalysen, Tuberkulinproben, Bestimmung von Hämatokrit, Hämoglobin und andere Bluttests, einschließlich der Tests für erbliche Formen von Hämoglobinopathien.

2. ABSCHLUSS DES VERSICHERUNGSVERTRAGS

- 2.1. Diese Versicherung ist für Expatriates jeder Nationalität, die außerhalb ihres Heimatlandes leben oder arbeiten, und für international mobile einheimische Staatsangehörige gedacht.
- 2.2. Diese Versicherung ist nicht verfügbar:
 - a) für Staatsangehörige der USA und der Karibik, die in ihrem Heimatland ansässig sind, sofern der Coverholder nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart hat;
 - b) für Personen oder in Ländern, wo sie gegen Sanktionen, Verbote oder Beschränkungen aufgrund von Gesetzen oder Vorschriften verstoßen würde.
- 2.3. Sofern der Coverholder nicht ausdrücklich etwas anderes akzeptiert, beträgt das Höchstalter für eine Person, die zum ersten Mal in ihrem Leben durch einen Vertrag versichert wird, **65 Jahre**. Danach kann die Versicherung lebenslang verlängert werden - durch Abschluss von Verträgen mit einjähriger Laufzeit ohne Unterbrechung zwischen den Laufzeiten.
- 2.4. Eine natürliche Person kann diese Versicherung beantragen, um sich selbst und/oder ihre Angehörigen zu versichern.
- 2.5. Ein Arbeitgeber oder eine juristische Person kann diese Versicherung beantragen, um seine Angestellten/Mitglieder und deren Angehörige zu versichern. Die Arbeitnehmer eines Versicherungsnehmers können versichert werden, wenn sie – am Tag des Eingangs der/des Versicherungsanfrage/-antrags beim Coverholder – aktiv am Arbeitsplatz sind, es sei denn, es wurde in der Polizze auf diese Bedingung ausdrücklich verzichtet.

- 2.6. Kinder haben Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherung unter folgenden Bedingungen:
- 2.6.1. Wenn ein Kind infolge medizinischer Verfahren zur Stimulierung der Schwangerschaft oder einer Unfruchtbarkeitsbehandlung geboren ist oder von einer Leihmutter stammt oder adoptiert ist, behält sich der Coverholder das Recht vor, alle Anforderungen, die für das Underwriting relevant sind, anzuwenden und sogar den Versicherungsantrag aufgrund der Ergebnisse des Underwritings abzulehnen. Der Versicherungsschutz eines solchen Kindes kann frühestens nach Ablauf der ersten 90 Kalendertage seines Lebens beginnen.
- 2.6.2. Wenn ein Kind nicht durch medizinische Eingriffe zur Stimulierung der Schwangerschaft oder durch eine Unfruchtbarkeitsbehandlung geboren ist und nicht von einer Leihmutter stammt und nicht adoptiert ist, hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Aufnahme dieses Kindes in die Liste der versicherten Personen ab dem Tag der Geburt des Kindes zu beantragen, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:
- ein Elternteil galt seit mindestens 11 Monaten vor der Geburt des Kindes ununterbrochen als Versicherte/-r im Rahmen des Vertrags;
 - der Antrag auf Versicherung des Kindes ist beim Coverholder innerhalb der ersten 30 Kalendertage nach seiner Geburt eingegangen;
 - der Versicherungsnehmer hat sich bereit erklärt, die vom Coverholder bestimmte Versicherungsprämie für die Versicherung des Kindes zu zahlen.
- Unter diesen Umständen ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung befreit, den Coverholder über den Gesundheitszustand des Kindes zu informieren.
- 2.6.3. Der Versicherungsschutz tritt nicht ab dem Geburtsdatum des Kindes in Kraft, sondern ab dem Tag, den der Coverholder durch sein Underwriting-Verfahren festlegt (und der Coverholder behält sich das Recht vor, alle Underwriting-Anforderungen anzuwenden und sogar den Versicherungsantrag aufgrund der Underwriting-Ergebnisse abzulehnen), und zwar in folgenden Fällen:
- wenn keiner der Elternteile seit mindestens 11 Monaten vor der Geburt des Kindes ununterbrochen als Versicherte/-r im Rahmen des Vertrages galt; oder
 - wenn der Versicherungsantrag für das Kind nicht innerhalb der ersten 30 Kalendertage nach der Geburt des Kindes beim Coverholder eingegangen ist.
- 2.7. Wenn der Antragsteller oder eine zu versichernde Person gesetzlich als öffentliche Person/politisch exponierte Person anerkannt ist, muss er/sie dies bei der Beantragung der Versicherung bekanntgeben und kann aufgefordert werden, eine besondere Selbstauskunft (Formular) auszufüllen.
- 2.8. Anträge für diese Versicherung können online über die Internetseite des Coverholders oder per E-Mail durch Zusendung entsprechender Anträge an den Coverholder gestellt werden.
- 2.9. Der Coverholder behält sich das Recht vor, von den Antragstellern (Versicherungsnehmern) und/oder den zur Versicherung angemeldeten Personen (zu versichernden Personen) das Ausfüllen ihrer Antragsformulare/Fragebögen zu verlangen. Auf der Grundlage der erhaltenen Informationen nimmt der Coverholder ein Underwriting vor, erstellt ein Versicherungsangebot, usw. In seinem Versicherungsangebot kann der Coverholder: individuelle Anpassungen der Leistungen und/oder den teilweisen oder vollständigen Ausschluss von Leistungen (z.B. im Zusammenhang mit Vorerkrankungen) festlegen, eine Karenzzeit einführen oder eine zusätzliche Versicherungsprämie vorschlagen und/oder andere Beschränkungen/Spezifische Ausschlüsse/Besonderheiten vorsehen oder das Risiko ohne besondere Bestimmungen/Verzichtserklärungen übernehmen. Für die hier beschriebenen Maßnahmen kann sich der Coverholder an medizinische Berater und/oder Versicherer wenden (sofern erforderlich).

- 2.10. Für einen Arbeitgeber, eine juristische Person oder eine Gruppe, die diese Versicherung beantragt, kann der Coverholder (nach eigenem Ermessen) die Bedingung der Nichtberücksichtigung der medizinischen Vorgeschichte anbieten oder dieselben Underwriting-Regeln anwenden, wie sie hier für das individuelle Underwriting festgelegt sind, oder den Leistungskatalog, die Underwriting-Bedingungen und die auszufüllenden Formulare ändern. Der Coverholder behält sich außerdem das Recht vor, einen Bericht über die Schadenhistorie der letzten drei Jahre unmittelbar vor dem Versicherungsantrag anzufordern, wenn die Gruppe bei einem anderen Versicherer im Rahmen eines Krankenversicherungsprogramms versichert war.
- 2.11. Folgende Richtlinien gelten für das individuelle Underwriting, wenn ein Versicherungsantrag von einer natürlichen Person oder einer Gruppe von weniger als 20 Personen gestellt wird, die als Hauptversicherte anerkannt werden können:
- a. Ist eine zur Versicherung angemeldete Person am Tag des Versicherungsbeginns / des Beginns des ersten vertraglichen Versicherungsschutzes für diese Person (wenn der erste vertragliche Versicherungsschutz für diese Person nach dem Tag des Versicherungsbeginns in Kraft tritt) jünger als 60 Jahre, so kann sie auf der Grundlage eines Underwritings mit Moratorium, eines vollständigen medizinischen Underwritings oder eines Underwritings mit bestätigten vorherigen Ausschlüssen versichert werden. Die Optionen "Vollständiges medizinisches Underwriting" und "Underwriting mit bestätigten vorherigen Ausschlüssen" stehen jedoch nicht zur Verfügung, wenn der Antrag auf diese Versicherung online gestellt wird.
 - b. Ist eine zur Versicherung angemeldete Person am Datum des Versicherungsbeginns / des Beginns des ersten vertraglichen Versicherungsschutzes für diese Person (wenn der allererste vertragliche Versicherungsschutz für diese Person nach dem Datum des Versicherungsbeginns in Kraft tritt) 60 Jahre alt oder älter, kommt sie nur nach einem vollständigen medizinischen Underwriting für eine Versicherung in Betracht.
 - c. Wählt der Antragsteller ein Underwriting mit Moratorium, bietet der Coverholder der zur Versicherung angemeldeten Person an, das Antragsformular für ein Moratorium auszufüllen. Underwriting mit Moratorium bedeutet, dass die versicherte Person keinen Versicherungsschutz für Vorerkrankungen gemäß dem Artikel 1 "Definitionen" dieser Bedingungen erhält.
 - d. Wählt der Antragsteller das vollständige medizinische Underwriting, so wird der Antragsteller vom Coverholder aufgefordert, das Antragsformular für das vollständige medizinische Underwriting auszufüllen. Der Coverholder prüft die eingegangenen Informationen, um festzustellen, ob die betreffende Person mit oder ohne spezifische Ausschlüsse/Beschränkungen oder andere besondere Bedingungen in die Versicherung aufgenommen wird. Entscheidet sich der Coverholder für die Anwendung spezifischer Ausschlüsse/Beschränkungen/sonstiger besonderer Bedingungen, wird der Antragsteller schriftlich oder per E-Mail benachrichtigt und muss dem Coverholder eine schriftliche Bestätigung übermitteln, dass er diese spezifischen Ausschlüsse/Beschränkungen/sonstigen besonderen Bedingungen des Coverholders akzeptiert, bevor die Versicherungslaufzeit beginnt. Der Coverholder behält sich das Recht vor, einen Versicherungsantrag abzulehnen; in diesem Fall wird er den Antragsteller entsprechend informieren. Vorerkrankungen, die auf dem Antragsformular für das vollständige medizinische Underwriting nicht angegeben wurden, sind nicht versichert, und der Versicherer ist nicht zur Erstattung der entsprechenden Kosten verpflichtet.
 - e. Wählt der Antragsteller das Underwriting mit bestätigten vorherigen Ausschlüssen, wird ihm angeboten, das entsprechende Formular auszufüllen. Bei dieser Art des Underwritings muss sich die zur Versicherung angemeldete Person nicht dem vollständigen medizinischen Underwriting unterziehen und unterliegt nicht den Bedingungen des Moratorium-Underwritings, wenn sie im Gegenzug frühere Versicherungsbedingungen offenlegt und bestimmte Ausschlüsse/Beschränkungen aus ihrer früheren Krankenversicherung übernimmt,

die unmittelbar vor dem Datum des Versicherungsbeginns/Beginns des ersten vertraglichen Versicherungsschutzes für diese Person (wenn der allererste vertragliche Versicherungsschutz dieser Person nach dem Datum des Versicherungsbeginns in Kraft tritt) der vom Coverholder beantragten Versicherung bestand. Selbst wenn solche spezifischen Ausschlüsse/Beschränkungen vom Coverholder akzeptiert werden, gelten jedoch alle anderen Ausschlüsse, Leistungsbeschränkungen und besondere Bedingungen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf besondere Ausschlüsse und Leistungsbeschränkungen), die in diesen Bedingungen und der auszustellenden Polizze/Versicherungsbestätigung aufgeführt sind, ebenfalls und haben Vorrang. Der Coverholder prüft die im Antragsformular für das „Underwriting mit bestätigten vorherigen Ausschlüssen“ gemachten Angaben, um festzustellen, ob die betreffenden Ausschlüsse/Beschränkungen/sonstige besondere Bedingungen ganz oder teilweise akzeptiert werden können und ob dafür eine zusätzliche Versicherungsprämie verrechnet werden muss. Der Coverholder teilt dem Antragsteller seine Entscheidung mit und der Antragsteller muss dem Coverholder schriftlich/per E-Mail bestätigen, dass er die bestätigten früheren Ausschlüsse/Beschränkungen/sonstige besondere Bedingungen und/oder den vom Coverholder festgelegten Aufpreis zur Versicherungsprämie akzeptiert, und zwar bevor die Versicherung beginnt. Der Coverholder entscheidet, ob Karenzzeiten im Rahmen des Vertrags in Bezug auf die versicherte Person angewendet werden, und zwar anhand des Versicherungsbeginns/Beginns des ersten vertraglichen Versicherungsschutzes für diese versicherte Person (wenn der allererste vertragliche Versicherungsschutz für diese Person nach dem Versicherungsbeginn in Kraft tritt), des Deckungsniveaus, wie es in der vorherigen Versicherungsbestätigung angegeben ist, sowie anhand anderer relevanter Umstände. Das Datum des Versicherungsbeginns/Beginns des ersten vertraglichen Versicherungsschutzes für die versicherte Person (wenn der allererste vertragliche Versicherungsschutz für diese Person nach dem Versicherungsbeginn in Kraft tritt) muss an den Ablauf der vorherigen Krankenversicherung anschließen, und es sollte keine Unterbrechung des Versicherungsschutzes durch den vorherigen Versicherer geben.

- 2.12. Jeder Versicherungsnehmer muss den Coverholder über jede (dem Versicherungsnehmer bekannte) Person informieren, die in den Vertrag aufgenommen werden soll, die eine Vorerkrankung hat, einen Invaliditätsstatus hat oder zum Zeitpunkt der Beantragung dieser Versicherung nicht „aktiv-am-Arbeitsplatz“ ist, sowie über die Gründe für ihr nicht „aktiv-am-Arbeitsplatz“ sein, sofern sie dem Versicherungsnehmer bekannt sind, und über die Daten ihrer voraussichtlichen Rückkehr zur Arbeit. Diese Anforderung gilt nicht für die Vertragsverlängerung, wenn diese ohne Unterbrechung der Versicherung erfolgt.
- 2.13. Eine Person, die einen Versicherungsantrag stellt oder zur Aufnahme in den Vertrag angemeldet wird (zu versichernde Person auf Antrag des Versicherungsnehmers), die an einer der unten genannten Vorerkrankungen leidet oder gelitten hat, kann versichert werden, wenn diese Erkrankung von der Person oder dem Versicherungsnehmer bei der Beantragung der Versicherung ausdrücklich angegeben wird und der Coverholder die Deckung einer solchen Vorerkrankung in der Polizze/der Versicherungsbestätigung ausdrücklich bestätigt (diese Bestätigung ist auch dann erforderlich, wenn die Bedingung der Nichtberücksichtigung der medizinischen Vorgeschichte in der Polizze gilt):
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a. onkologische Erkrankung, die zum Zeitpunkt der Beantragung der Versicherung diagnostiziert wurde oder innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Beantragung aufgetreten ist; b. jede Art von Hirntumor oder Hirnzyste und andere intrakranielle Strukturen, Schädelknochen, | <ul style="list-style-type: none"> Nebenhöhlen oder Rückenmarkszysten; c. diagnostizierte Leukämie oder eine Blutkrankheit (z. B. Anämie, Lymphom, Myelom, Gerinnungsstörung, Hämophilie oder Blutgefäßerkrankung); d. Herzkrankheiten, die zum Zeitpunkt der Beantragung der Versicherung |
|---|---|

- diagnostiziert wurden oder innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Beantragung aufgetreten sind, z. B. Stenokardie, Kardiosklerose, Kardiomyopathie, Myokardinfarkt oder andere Arten von Herzinfarkten, Herzklappenerkrankungen (einschließlich Herzfehler), Herzgeräusche oder Rheuma;
- e. Krankheiten, die als angeborene Anomalien, Fehlbildungen und Chromosomenstörungen eingestuft werden, und (oder) damit verbundene Komplikationen;
 - f. systemische Schäden des Bindegewebes, einschließlich aller nicht-differenzierten Kollagenerkrankungen;
 - g. Krankheiten, die mit chronischer Nieren- oder Leberinsuffizienz einhergehen und eine chronische Hämodialyse erfordern;
 - h. Fettleibigkeit mit einem Body-Mass-Index von über 35,0 oder Untergewicht mit einem Body-Mass-Index von unter 18,5 (der Body-Mass-Index wird als Verhältnis zwischen dem Körpergewicht (in Kilogramm) und dem Quadrat der Körpergröße (in Metern) berechnet);
 - i. Schlaganfall oder Hirnblutung;
 - j. jede Form von Diabetes;
 - k. psychiatrische Erkrankung oder Verhaltensstörung;
 - l. Tuberkulose;
 - m. chronische Hepatitis Typ B, C, E, F oder G;
 - n. Behinderung;
 - o. AIDS/HIV;
 - p. Amyotrophe Lateralsklerose (Charcot-Krankheit);
 - q. Alzheimer-Krankheit;
 - r. Aneurysma eines Gefäßes;
 - s. Spondylitis ankylosans;
 - t. Autismus;
 - u. Zerebralparalyse;
 - v. Leberzirrhose;
 - w. Fibrose der Harnblase;
 - x. Down-Syndrom;
 - y. jede Krankheit in dekompenzierter Form (unkontrollierbar);
 - z. Essstörungen;
 - aa. Hämochromatose;
 - bb. jede Art von Hämophilie;
 - cc. Systemischer Lupus erythematosus;
 - dd. systemische Atherosklerose;
 - ee. Myasthenia gravis;
 - ff. Zustand nach einer Organtransplantation;
 - gg. Parkinson-Krankheit;
 - hh. häufige polyzystische Nierenerkrankung;
 - ii. Polymyositis;
 - jj. Reiter-Syndrom;
 - kk. Sarkoidose;
 - ll. Schizophrenie;
 - mm. Von-Willebrand-Krankheit;
 - nn. Wilson-Krankheit;
 - oo. Epilepsie.

Die oben in diesem Absatz aufgelisteten Erkrankungen sind für das Underwriting durch den Coverholder wesentlich. Die Nichtangabe dieser Informationen (oder eines Teils davon) entbindet den Versicherer von der Haftung aus dem Vertrag im Zusammenhang mit der nicht angegebenen Erkrankung.

- 2.14. Die gemäß diesen Bedingungen auszustellenden Polizen sollen folgende Informationen enthalten:
- a. die Namen des Versicherers, des Coverholders und des Versicherungsnehmers;
 - b. die Bezugnahme auf diese Bedingungen;
 - c. den primären Geltungsbereich;
 - d. der Leistungskatalog und die Liste der versicherten Personen;
 - e. den Assistance-Service und/oder den Verweis auf das Netzwerk der Leistungserbringer (falls zutreffend);
 - f. die Kontaktdaten (Internetseite, E-Mail usw.) für die Einreichung von Schadensmeldungen und Beschwerden (falls direkt beim Versicherer eingereicht wird);
 - g. besondere Versicherungsbedingungen, wenn sie aufgrund einer Beurteilung des Gesundheitszustands der versicherten Person und anderer Faktoren, die das Versicherungsrisiko beeinflussen, angeboten werden;
 - h. die Versicherungsprämie, ihre Zahlungswährung und andere Zahlungsbedingungen;

- i. das Datum des Versicherungsbeginns und das Datum des Versicherungsablaufs;
 - j. das geltende Recht und die Gerichtsbarkeit für die Beilegung von Streitigkeiten;
 - k. andere Bedingungen, die zwischen den Vertragsparteien vereinbart wurden.
- 2.15. Die Verträge, ihre Anhänge und Ergänzungen, ihre Änderung oder vorzeitige Beendigung müssen schriftlich oder per E-Mail erfolgen und vom Versicherungsnehmer/bevollmächtigten Vertreter des Versicherungsnehmers und/oder des Coverholders unterzeichnet werden. Wenn ein Vertrag über das Internet ausgestellt wird, akzeptiert der Versicherungsnehmer, dass ein Bild der Unterschrift des bevollmächtigten Vertreters des Coverholders so anerkannt wird, als ob sie persönlich geschrieben worden wäre.
- 2.16. Der Inhalt der im Zusammenhang mit Versicherungspolizzen ausgestellten Versicherungsbestätigungen wird zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Coverholder vereinbart, und diese Versicherungsbestätigungen werden vom Coverholder wie folgt unterzeichnet: persönlich durch den bevollmächtigten Vertreter des Coverholders oder durch ein Bild seiner Unterschrift.
- 2.17. Alle Angaben, die der Antragsteller/Versicherungsnehmer schriftlich/per E-Mail/mündlich im Zusammenhang mit dem Vertrag macht, gelten als wesentlich für den Prozess des Underwritings und die Durchführung des Vertrages.
- 2.18. Nach der Unterzeichnung des Vertrags beginnt die Haftung des Coverholders für die Schadensregulierung gegenüber der versicherten Person, und zwar mit dem Inkrafttreten des vertraglichen Versicherungsschutzes für diese Person, jedoch nicht früher als an dem Tag, an dem die fällige Versicherungsprämie auf dem Bankkonto des Coverholders eingegangen ist, sofern im Vertrag nichts anderes festgelegt ist.

3. VERSICHERUNGSPRÄMIE

- 3.1. Der Coverholder bestimmt die Höhe der fälligen Versicherungsprämie unter Berücksichtigung der folgenden Punkte:
- a. des beantragten Leistungsumfangs, der Versicherungssummen, der Gesamtlimits und der individuellen Limits pro Versicherungsfall, der Selbstbehalte, der Zuzahlungen, der spezifischen Ausschlüsse und sonstiger besonderer Versicherungsbedingungen sowie der erwarteten Höhe des Versicherungsrisikos (Risiko der Leistungsanspruchnahme);
 - b. des Gesundheitszustands der zu versichernden Personen auf der Grundlage der Ergebnisse medizinischer Fragebögen und erforderlichenfalls einer ärztlichen Untersuchung;
 - c. der Provision des Versicherungsvermittlers, falls zutreffend;
 - d. der Gesamtzahl der im Rahmen des Vertrags zu versichernden Personen sowie deren Alter, Geschlecht, Beruf, Wohnsitzland und primärer Geltungsbereich;
 - e. der früheren Erfahrungen im Bereich der freiwilligen Krankenversicherung, falls vorhanden;
 - f. des Preisniveaus des jeweiligen Leistungserbringernetzwerks, falls zutreffend, und dessen geografischer Lage.

Der Coverholder hat auch das Recht, die Mindest- und Höchstbeträge der Versicherungsprämie festzulegen.

- 3.2. Für die Bestimmung der Versicherungsprämie, die dem zu erwartenden Versicherungsrisiko angemessen ist, hat der Coverholder das Recht, sich auf die Meinung der medizinischen Berater, des Assistance-Services, der Underwriter oder des/der Rückversicherer(s) zu verlassen.
- 3.3. Die Versicherungsprämie kann jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich gezahlt werden. Der genaue Betrag, die Zahlungsfrequenz und die Währung der Versicherungsprämie werden in der

Polizze festgelegt. Die Versicherungsprämie ist per Überweisung oder per Kredit-/Debitkarte (Visa/MasterCard/American Express) zu zahlen.

- 3.4. Sofern die Vertragsparteien nichts anderes vereinbart haben, gilt eine Nachfrist von 30 Kalendertagen; bei Verträgen, bei denen der Versicherungsnehmer eine natürliche Person oder ein Einzelunternehmer ist, entfällt die Nachfrist für eine einzige Versicherungsprämie oder für die erste Rate der Versicherungsprämie.
- 3.5. Der Versicherungsnehmer ist nach dem Vertrag verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Versicherungsprämie vollständig und rechtzeitig unter Einhaltung der im Vertrag festgelegten Bedingungen gezahlt wird. Sofern in der Polizze oder anderswo im Vertrag nichts anderes bestimmt ist, gilt die Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Zahlung einer fälligen Versicherungsprämie als erfüllt, wenn der vollständige fällige Betrag beim Coverholder eingeht. Sofern zwischen den Parteien im Vertrag nichts anderes vereinbart ist, gehen die Überweisungsgebühren zu Lasten des Zahlers.
- 3.6. Wenn eine Zahlungstransaktion für die Versicherungsprämie vom Kartenanbieter des Versicherungsnehmers abgelehnt wird, informiert der Versicherungsnehmer den Coverholder schriftlich, per E-Mail oder telefonisch darüber. Der Versicherungsnehmer muss sich unverzüglich mit seinem Kartenanbieter in Verbindung setzen, um das Problem zu lösen, oder eine andere Zahlungsmethode wählen.
- 3.7. Wenn das Land, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat, in einem Gebiet liegt, in dem der Coverholder verpflichtet ist, eine Versicherungsprämiensteuer (Insurance Premium Tax, IPT) oder eine Kommunalsteuer zu erheben, wird diese zusätzlich zu der gemäß dem Vertrag fälligen Versicherungsprämie verrechnet. Der Coverholder informiert den Versicherungsnehmer, wenn dieser vor der ersten Fälligkeit der Versicherungsprämie zur Zahlung der Versicherungsprämiensteuer verpflichtet ist.
- 3.8. Nach Ablauf der Versicherungsdauer kann der Coverholder die Art der Berechnung/Bestimmung der fälligen Versicherungsprämie sowie ihre Zahlungsart jederzeit ändern. In diesem Fall wird der Versicherungsnehmer gemäß den Bestimmungen des Artikels 10 der vorliegenden Bedingungen entsprechend informiert.

4. VERSICHERUNGSSUMMEN UND LEISTUNGSGRENZEN

- 4.1. Der Vertrag gilt in Bezug auf eine Leistung als vollständig erfüllt, wenn die Summe der Kosten für die Behandlung und die damit zusammenhängenden Waren/Dienstleistungen, die der versicherten Person während des Versicherungszeitraums zur Verfügung gestellt wurden, die entsprechende Versicherungssumme oder die im geltenden Leistungskatalog angegebene Leistungsgrenze erreicht ist.
- 4.2. Zusätzlich zu den Haftungsbeschränkungen, die in diesen Bedingungen und anderswo im Vertrag vorgesehen sind, kann eine Polizze/Versicherungsbestätigung auch Leistungsbeschränkungen in Bezug auf einen einzelnen Schadensfall einer bestimmten Art oder auf alle Schadensfälle einer bestimmten Art über die gesamte Versicherungsdauer oder über einen Teil dieser Dauer enthalten. Darüber hinaus kann die Haftungsgrenze des Versicherers im Hinblick auf eine mögliche Vertragsverlängerung (Erneuerung) in Bezug auf die versicherte Person vertraglich festgelegt werden.

5. RECHTE UND PFLICHTEN DER VERSICHERTEN PERSON

- 5.1. Die versicherte Person muss dem Assistance-Service einen Schadensfall so bald wie möglich nach Beginn der Behandlung per Post, E-Mail oder Telefon melden, auch wenn die entsprechenden

Unterlagen noch nicht vorliegen. Darüber hinaus müssen alle versicherten Schäden per E-Mail und/oder über das Internetportal eingereicht werden, wie in der Polizza zum Vertrag angegeben.

- 5.2. Wenn die versicherte Person eine Erstattung der entstandenen Kosten beantragen möchte, muss sie dies innerhalb einer Frist von 90 Tagen unmittelbar nach dem Entstehen dieser Kosten oder so bald wie unter den gegebenen Umständen möglich tun, indem sie ein vom Coverholder bereitgestelltes Schadensformular einreicht, welchem medizinische Unterlagen, Originalrechnungen und Zahlungsbelege beigelegt sind.
- 5.3. Erhält der/die Versicherte eine Behandlung wegen einer Erkrankung/Leistung, die durch den Vertrag abgedeckt ist, hat er/sie Anspruch auf Erstattung der Kosten, die in den Zeitraum vom Beginn bis zum Ende der Behandlung oder bis zum Ablauf/zur Kündigung des Vertrags fallen, je nachdem, was zuerst eintritt.
- 5.4. Die Erstattung bestimmter Kosten, die unter bestimmten Umständen anfallen, kann nur beansprucht werden, wenn die betreffende Behandlung oder Dienstleistung vorab vom Assistance-Service genehmigt wurde. Die versicherte Person, ihr Arzt oder ihr gesetzlicher Vertreter sind immer verpflichtet, eine Vorabgenehmigung durch den Assistance-Service einzuholen, wenn eine der folgenden Situationen vorliegt:
- a. medizinische Notfallvakuiierung;
 - b. Krankenhausaufenthalt oder tagesklinische Behandlung bzw. teilstationäre Behandlung;
 - c. jedes medizinische Verfahren, das eine Vollnarkose erfordert;
 - d. die präoperative Untersuchung der versicherten Person;
 - e. Hausbesuch durch einen Arzt;
 - f. häusliche Krankenpflege (wenn die versicherte Person mehr als 4 Besuche eines Krankenpflegers benötigt);
 - g. palliative Behandlung von Krankheiten im Endstadium und Hospizbetreuung;
 - h. HIV/AIDS-Behandlung;
 - i. ambulante Behandlung, wenn die Kosten voraussichtlich den Wert von 500 EUR übersteigen werden;
 - j. jede Erkrankung, bei der die Behandlungskosten voraussichtlich den Wert von 5000 EUR übersteigen werden;
 - k. Behandlung von Krebs;
 - l. Rückführung oder Beerdigung;
 - m. Behandlung im Zusammenhang mit normaler oder komplizierter Schwangerschaft und Entbindung, wenn die entsprechenden Leistungen im Leistungskatalog angegeben sind;
 - n. andere Sonderfälle, die in der Polizza oder anderswo im Vertrag festgelegt sind.
- 5.4.1. Die versicherte Person, ihr Arzt oder ihr gesetzlicher Vertreter müssen das beim Assistance-Service erhältliche Formular zur Vorabgenehmigung ausfüllen, und zwar mindestens fünf Kalendertage vor dem voraussichtlichen Datum des Ereignisses, das eine Vorabgenehmigung erfordert, mit der Ausnahme von medizinischen Notfällen, die eine Einweisung in ein Krankenhaus oder einen Hausbesuch eines Arztes erfordern. Das Formular für die Vorabgenehmigung oder die gleichwertige Mitteilung muss die folgenden Angaben enthalten:
- a. die Diagnose;
 - b. eine Beschreibung der erforderlichen Behandlung;
 - c. Name und Anschrift des Krankenhauses, in dem die versicherte Person auf Empfehlung ihres Arztes behandelt werden soll;
 - d. die voraussichtliche Dauer des Krankenhausaufenthalts;
 - e. die erwarteten Kosten der Behandlung.
- 5.4.2. Wenn die oben genannten Voraussetzungen für eine Vorabgenehmigung nicht erfüllt sind, behält sich der Assistance-Service das Recht vor, die Leistung auf den Betrag der gewöhnlichen, handelsüblichen und vertretbaren Kosten und Gebühren für die Behandlung und Assistance unter normalen Umständen zu kürzen, jedoch nicht um mehr als 25 Prozent. Erweist sich jedoch eine nicht

vorab genehmigte Behandlung oder Dienstleistung als nicht medizinisch notwendig, kann keine Erstattung der entsprechenden Kosten verlangt werden.

- 5.4.3. Im Falle einer medizinischen Evakuierung oder eines Krankenhausaufenthalts in einem medizinischen Notfall kann die Vorabgenehmigungspflicht durch eine Nachgenehmigungspflicht ersetzt werden, was bedeutet, dass die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer oder ihre bevollmächtigte Vertreter den Assistance-Service so schnell wie unter den gegebenen Umständen möglich, jedoch nicht später als 48 Stunden nach der Einlieferung der versicherten Person in das Krankenhaus, darüber informieren müssen (telefonisch, per E-Mail oder per Post mit Zustellungsurkunde).
- 5.4.4. Wenn die versicherte Person oder ihr bevollmächtigter Vertreter einen Arzt einladen möchte, die versicherte Person zu Hause zu besuchen, muss vor der Einladung des Arztes eine telefonische Vorabgenehmigung des Assistance-Services eingeholt werden. Die Vorabgenehmigung kann eingeholt werden, wenn der Grund für den Arztbesuch der Gesundheitszustand der versicherten Person ist, die nicht in der Lage ist, den Arzt selbst zu besuchen, ohne ihr Leben zu gefährden (aufgrund spezifischer Manifestationen der Krankheit) oder ohne das Risiko einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands (Fortschreiten der Krankheit oder ihrer Komplikationen). Der Assistance-Service behält sich das Recht vor, zu verlangen, dass der Arztbesuch von dem vom Assistance-Service selbst beauftragten Arzt durchgeführt wird; der Assistance-Service ist jedoch nicht verpflichtet, den Arztbesuch zu veranlassen, es sei denn, es handelt sich um einen Notfall im Krankenhaus. Wenn der Besuch der versicherten Person zu Hause nicht in einer medizinischen Notfallsituation erfolgt, können nur die Kosten für die ärztliche Konsultation (sowie ggf. für die Dienste eines Krankenpflegers) erstattet werden, nicht jedoch die Kosten für den Transport des Arztes. Wenn die versicherte Person nach Ansicht des Assistance-Services in der Lage ist, den Arzt selbst aufzusuchen, ohne ihr Leben zu gefährden oder ihren Gesundheitszustand weiter zu verschlechtern, sie es aber dennoch vorzieht, den Arzt zu Hause zu konsultieren, wird dieser Besuch nicht von der Versicherung übernommen und es werden keine damit verbundenen Kosten erstattet.
- 5.4.5. Der Assistance-Service muss sich gegebenenfalls mit der versicherten Person oder ihrem Arzt in Verbindung setzen, um zusätzliche medizinische Informationen einzuholen, die für die Entscheidung über die Vorabgenehmigung erforderlich sind. Entscheidet der Assistance-Service, die beantragte Behandlung/Leistung für die versicherte Person vorab zu genehmigen, sendet er der versicherten Person bzw. dem Arzt oder dem betreffenden Leistungserbringer eine Bestätigung, die erklärt, dass die beantragte Behandlung/Leistung durch den Vertrag gedeckt ist. Erforderlichenfalls stellt der Assistance-Service eine Zahlungsgarantie für den Arzt bzw. Leistungserbringer aus; dieser schickt dann die Arztrechnungen direkt an den Assistance-Service (unter Berücksichtigung einer eventuellen Selbstbeteiligung oder Zuzahlung).
- 5.4.6. Bei der Kontaktaufnahme mit den Ärzten bei direkten Abrechnungen mit den Ärzten/Leistungserbringern muss der Assistance-Service/der Coverholder personenbezogene Daten (einschließlich personenbezogener Gesundheitsdaten) der versicherten Person direkt von diesen Ärzten/Leistungserbringern erhalten. Daher darf dies nur mit ausdrücklicher Zustimmung der versicherten Person/ihres gesetzlichen Vertreters geschehen. Liegt eine solche Zustimmung nicht vor, ist der Assistance-Service möglicherweise nicht in der Lage, alle erforderlichen Informationen zu erhalten, um über die beantragte Direktabrechnung zu entscheiden. Der Assistance-Service haftet daher nicht für die daraus folgenden Konsequenzen. Sollte der Assistance-Service (aufgrund des Fehlens der oben genannten Zustimmung) nicht in der Lage sein, direkt abzurechnen, muss die versicherte Person die Zahlungen direkt ausführen, und der Assistance-Service erstattet die entstandenen Kosten vorbehaltlich der im Vertrag festgelegten Beschränkungen, Ausschlüsse, besonderen Ausschlüsse und sonstigen Bedingungen.
- 5.5. In Fällen, in denen keine Vorabgenehmigung erforderlich ist, muss sich der/die Versicherte direkt an einen Leistungserbringer wenden, um einen Termin zu vereinbaren. Wenn die Police/ Versicherungsbestätigung ein bestimmtes Netzwerk oder eine Liste von Ärzten, Krankenhäusern

oder anderen Leistungserbringern vorsieht, die im Rahmen des Vertrags in Frage kommen, muss sich der/die Versicherte an diese Ärzte/Krankenhäuser/anderen Leistungserbringer wenden.

- 5.6. Wenn die versicherte Person keine Anhaltspunkte dafür hat, dass die möglichen Kosten einer gewünschten ambulanten Behandlung oder Dienstleistung die Grenze für eine Vorabgenehmigung überschreiten könnten, kann er/sie beim Assistance-Service die Ausstellung einer Zahlungsgarantie beantragen, bei der der Arzt oder der Leistungserbringer die Zahlung für seine Leistungen direkt vom Assistance-Service erhält. In diesem Fall wird es bevorzugt, dass der Antrag der versicherten Person mindestens fünf Werktage vor dem geplanten Arztbesuch/der geplanten Aufnahme bei einem Leistungserbringer eingeht.
- 5.7. Der/die Versicherte ist ebenfalls verpflichtet:
- a. die Ratschläge des Ambulanzteams und die Verfahren der stationären oder teilstationären medizinischen Behandlung/Tageschirurgie strikt zu befolgen und die von der jeweiligen medizinischen Einrichtung aufgestellten internen Regeln zu befolgen;
 - b. seine/ihre Versicherungskarte oder individuelle Versicherungsbestätigung nicht an andere Personen auszuhändigen, die nicht im Rahmen des betreffenden Vertrags versichert sind;
 - c. einen Arzttermin oder einen Krankenwageneinsatz sofort (oder unter bestimmten Umständen so schnell wie möglich) zu stornieren, wenn die versicherte Person erkennt, dass es für sie nicht mehr möglich, notwendig oder wünschenswert ist, die medizinischen Leistungen des betreffenden Arztes, Leistungserbringers oder Krankenwagenteams in Anspruch zu nehmen;
 - d. die Empfehlungen des Arztes zu befolgen, die bei jeder Art von ambulanter medizinischer Behandlung, Gesundheitsuntersuchung oder Beratung gegeben werden;
 - e. den Coverholder/den Assistance-Service unverzüglich (oder unter den gegebenen Umständen so schnell wie möglich) über die Diagnose einer Krankheit oder über die Zuerkennung eines der in Absatz 2.13 dieser Bedingungen genannten Status zu informieren;
 - f. sich einer zusätzlichen medizinischen Untersuchung zu unterziehen und/oder zusätzliche medizinische Informationen zur Verfügung zu stellen, was auch immer vom Coverholder/Assistance-Service verlangt wird, wenn bei der versicherten Person eine Krankheit oder ein im Absatz 2.13 der vorliegenden Bedingungen genannter Zustand diagnostiziert wird/ist;
 - g. die Beträge, die den Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen entsprechen, rechtzeitig zu zahlen, sofern dies im Vertrag vorgesehen ist;
 - h. den Versicherungsnehmer und den Coverholder rechtzeitig über eine Änderung des Nachnamens oder der Adressdaten zu informieren;
 - i. andere Verpflichtungen, die anderswo im Vertrag festgelegt sind, ordnungsgemäß zu erfüllen.
- 5.8. Wenn ein Leistungserbringer Zahlungen in Höhe der im Versicherungsvertrag vorgesehenen Zuzahlung oder Selbstbeteiligung nicht direkt von der versicherten Person annimmt, kann der entsprechende Betrag vom Coverholder an den Leistungserbringer gezahlt werden, unter der Bedingung, dass die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer verpflichtet ist, dem Coverholder diese Zahlung in vollem Umfang zu erstatten (einschließlich, aber nicht beschränkt auf die überwiesenen Beträge sowie die Überweisungskosten und die mit dem Währungswechsel verbundenen Kosten). Die vorgenannte Erstattung ist innerhalb von 30 Tagen nach Übermittlung der entsprechenden Zahlungsaufforderung durch den Coverholder (per Post oder per E-Mail) an die versicherte Person fällig. Erstattet die versicherte Person die oben genannten Kosten nicht, stellt der Coverholder dem Versicherungsnehmer eine entsprechende Rechnung aus. **Der Versicherungsnehmer haftet für alle Schulden der versicherten Personen und die ihrer Angehörigen (gemäß dem Vertrag, an dem der Versicherungsnehmer beteiligt ist) in Bezug auf den Coverholder.**

6. ERSTATTUNGEN AN VERSICHERTE UND ABRECHNUNGEN AN LEISTUNGSERBRINGER

- 6.1. Die Kosten des/der Versicherten, die im Rahmen des Vertrags erstattet werden können, und die Beträge, die für den Versicherten an die Leistungserbringer gezahlt werden können, sowie der Umfang der Leistungen, die im Rahmen des Vertrags angefordert werden können, dürfen die im Leistungskatalog angegebenen Beträge nicht überschreiten und unterliegen den im Vertrag festgelegten Bestimmungen, spezifischen und allgemeinen Ausschlüssen sowie besonderen Bedingungen.
- 6.2. Der Coverholder kann die Bearbeitung, Beurteilung und Auszahlung von Schäden an den Assistance-Service delegieren; daher ist ausschließlich im Sinne des Artikels 6 der Bedingungen mit dem Coverholder auch der Assistance-Service gemeint.
- 6.3. Jegliche Erstattung durch den Versicherer im Rahmen des Vertrages (einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Erstattung von Kosten/Ausgaben für Behandlungen/Operationen/Konsultationen/Überwachungen (unabhängig davon, ob diese vom Assistance-Service oder von der versicherten Person selbst organisiert wurden)) darf die Höhe der gewöhnlichen, handelsüblichen und vertretbaren Kosten und Gebühren gemäß dem Artikel 1 "Definitionen" dieser Bedingungen nicht übersteigen.
- 6.4. Damit der Coverholder über die Kostenerstattung an die versicherte Person/den Leistungserbringer entscheiden kann, muss die versicherte Person dem Coverholder folgende Dokumente vorlegen (und zwar innerhalb von **90 Kalendertagen** nach Erhalt der medizinischen Behandlung oder sobald sie körperlich in der Lage ist, den Schaden einzureichen):
 - a. ausgefülltes Schadensformular (bereitgestellt vom Coverholder), einschließlich der Einverständniserklärung zur Weitergabe der personenbezogenen Gesundheitsdaten der versicherten Person an den Coverholder, den Assistance-Service, den medizinischen Berater, den Versicherer, den/die Rückversicherer und an die vom Coverholder mit der Bearbeitung und Regulierung des Schadens beauftragten Dritten zu den Zwecken (und in dem Umfang, der für diese Zwecke erforderlich ist), die mit der Bearbeitung und Regulierung des Schadens zusammenhängen, und um der versicherten Person die im Vertrag vorgesehene notwendige Unterstützung zu gewähren. Ohne dieser Einverständniserklärung können der Coverholder und die im vorstehenden Satz genannten Parteien keine personenbezogenen Gesundheitsdaten der versicherten Person verarbeiten, was sie folglich daran hindert, die erforderliche Unterstützung zu leisten und den Schadensfall ordnungsgemäß zu bearbeiten und zu regulieren. Sollte sich die versicherte Person daher weigern, das hier beschriebene Einverständnis zu erklären, oder sollte dieses Einverständnis widerrufen werden, ist der Coverholder berechtigt, den Schaden abzulehnen;
 - b. die ärztliche Verordnung für die medizinische Behandlung sowie alle Unterlagen, die die Erbringung der Leistungen für den/die Versicherte/-n dokumentieren (Auszug aus der Krankengeschichte, Entlassungsbericht, ärztliche Verordnung und andere damit zusammenhängende Unterlagen);
 - c. Originale bezahlter Rechnungen, aus denen der Name und die Adresse des Leistungserbringers, eine detaillierte Liste der erbrachten Dienstleistungen/Waren und deren Kosten klar hervorgehen. In einigen Rechtsordnungen sind auch Dokumente erforderlich, die die rechtliche Grundlage für die Organisation der entsprechenden Dienstleistungen für die versicherte Person belegen (z. B. Dienstleistungsverträge);
 - d. wenn eine Leistung mit der Erstattung von Kosten verbunden ist, die der versicherten Person für den Kauf von verschriebenen Arzneimitteln und/oder medizinischen Produkten entstanden sind,

- die von dem Vertrag gedeckt sind: ein ärztliches Rezept sowie die Originalbelege für die Bezahlung dieser verschriebenen Arzneimittel und/oder medizinischen Produkte.
- e. wenn eine Leistung mit der Erstattung von Kosten verbunden ist, die der versicherten Person für vorbeugende Maßnahmen entstanden sind: die Unterlagen, die bestätigen, dass diese Untersuchungen vom Hausarzt verschrieben wurden und/oder die Verordnung eines Facharztes;
 - f. Wenn die medizinische Behandlung der versicherten Person im Zusammenhang mit einer unfallbedingten Körperverletzung steht, behält sich der Coverholder das Recht vor, von der versicherten Person eine detaillierte Beschreibung aller relevanten Umstände des Unfalls zu verlangen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Informationen wie Datum und Ort, beteiligte Personen, Zeugen, mögliche haftbare Personen usw.) und, falls der Unfall von der Polizei oder einer anderen zuständigen Behörden aufgenommen wurde, eine Kopie ihres Berichts zu verlangen.
- 6.4.1. Die versicherte Person ist verpflichtet, alle Originalnachweise für den Schaden aufzubewahren. Der Coverholder behält sich das Recht vor, innerhalb von 12 Kalendermonaten nach der Schadensregulierung die Originalnachweise (einschließlich der Zahlungsbelege) für den Schadensfall zu Prüfzwecken anzufordern. Sollte der Coverholder zur Erstattung von Kosten verpflichtet sein, die direkt von der versicherten Person gezahlt wurden, behält sich der Coverholder das Recht vor, einen Zahlungsnachweis (z. B. Kontoauszug usw.) für die geltend gemachten Kosten zu verlangen.
 - 6.4.2. Dokumente, die in einer Fremdsprache eingereicht werden, werden vom Coverholder ohne Übersetzung akzeptiert. Im Falle der Einreichung von Dokumenten, die aufgrund der Handschrift oder aufgrund einer Beschädigung des Dokuments (zerrissen, geknickt, (aus)radiert usw.) nicht lesbar sind, hat der Coverholder das Recht, die Entscheidung über diesen Fall aufzuschieben, bis Dokumente von angemessener Qualität eingereicht werden.
 - 6.5. Der Coverholder behält sich das Recht vor, bei den zuständigen Behörden und/oder bei Dritten, die normalerweise über solche Informationen verfügen oder verfügen müssen, Informationen über den eingereichten Schadensfall anzufordern. Der Coverholder ist auch berechtigt, medizinische Berater und Leistungserbringer bezüglich des Schadens zu konsultieren. Darüber hinaus hat der Coverholder das Recht, die Regulierung des eingereichten Schadens aufzuschieben, bis er alle angeforderten Dokumente/Informationen und/oder ein Gutachten erhalten hat.
 - 6.6. Der Coverholder kann beschließen, den Schaden ohne die vollständige Übermittlung der in den Absätzen 6.4 und 6.5 in diesen Bedingungen genannten Dokumente/Informationen zu regulieren oder die Kopien bestimmter Dokumente zu akzeptieren, wenn die vorgelegten (Kopien von) Dokumente(n) klar und ausreichend sind, um die Umstände des Schadens zu verstehen und alle Zweifel an der Erstattungsfähigkeit des Schadens nach dem Vertrag auszuräumen.
 - 6.7. Wenn es für die Beurteilung eines Schadensfalles als notwendig erachtet wird, kann der Coverholder eine ärztliche Untersuchung der versicherten Person verlangen, die von einem vom Coverholder beauftragten medizinischen Berater auf dessen Kosten durchgeführt wird. Die versicherte Person kann verlangen, dass ihr eigener Arzt bei dieser Untersuchung anwesend ist (die Kosten für den eigenen Arzt der versicherten Person sind von der versicherten Person zu tragen). Der Coverholder hat das Recht, die Entscheidung über die Regulierung eines Schadensfalles aufzuschieben, bis die Ergebnisse der oben genannten ärztlichen Untersuchung vorliegen. Unterlässt die versicherte Person diese ärztliche Untersuchung, kann der Coverholder den Schaden ablehnen.
 - 6.8. Innerhalb von 10 Werktagen nach Erhalt aller Dokumente und Informationen, wie in den Absätzen 6.4 bis 6.7 dieser Bedingungen beschrieben, trifft der Coverholder eine Entscheidung und zahlt den Schaden (zum Teil oder gänzlich, je nach Schadensfall) oder sendet (schriftlich oder per E-Mail) ein Ablehnungsschreiben mit einer Erklärung/Gründen für die Ablehnung. Wird eine Rechnungsprüfung durch den Versicherer oder die zuständigen Behörden durchgeführt, um deren Relevanz für den

Schaden zu bestätigen, kann die Zahlungsfrist auf 90 Kalendertage verlängert werden, und der Coverholder muss die versicherte Person über die Rechnungsprüfung sowie die neue Zahlungsfrist informieren.

- 6.9. Wird eine Erstattung für eine erhaltene Behandlung beantragt und anschließend eine weitere Erstattung für eine neue Behandlung beantragt, die in keinem Zusammenhang mit der früheren Behandlung steht, so wird der nachfolgende Antrag als neuer Antrag betrachtet.
- 6.10. Schäden können in jeder vom Antragsteller gewählten Währung bezahlt werden (vorausgesetzt, dass diese Währung von der Bank des Coverholders oder des Assistance-Services frei erworben werden kann) und nicht unbedingt in der Währung der eingereichten Rechnungen oder der Währung des Leistungskatalogs. Bei der Einreichung eines Antrags auf Kostenrückerstattung muss der Antragsteller seine vollständige Bankverbindung angeben (einschließlich der IBAN und SWIFT/BIC, falls erforderlich).
- 6.11. Der Coverholder hat Aufzeichnungen über die gezahlten Schäden sowohl in der Nennwährung jedes geforderten Betrags als auch in der Währung des Leistungskatalogs zu führen. Je nach geltendem Recht oder üblicher Geschäftspraxis in den Vorschriften der Leistungserbringer und des Assistance-Services, die an der Schadensregulierung beteiligt sind, gelten die am Tag der Schadenbearbeitung gültigen Wechselkurse, einschließlich der unter www.oanda.com verfügbaren und/oder der von den zuständigen/regulierenden Behörden (z. B. Zentralbanken) und/oder von den Banken, die die Zahlungen ausführen, festgelegten Wechselkurse.
- 6.12. Zum Zweck der Aufzeichnung der Inanspruchnahme von Leistungen und der Abrechnung nach diesen Bedingungen umfasst der gezahlte Schadenswert neben dem Betrag, auf den der Antragsteller (der Leistungserbringer oder der/die Versicherte oder sein/ihr gesetzlicher Vertreter) Anspruch hat, vorbehaltlich der gemäß dem Vertrag getroffenen Entscheidung des Coverholders, auch die folgenden Kosten, die dem Coverholder entstanden sind, vorausgesetzt, dass diese Kosten in direktem Zusammenhang mit dem oben genannten Betrag stehen und auf diesen begrenzt sind:
 - a. die mit den Überweisungen verbundenen Überweisungsgebühren, sofern sie von der Bank erhoben werden;
 - b. Wechselkurskosten, die mit der Umrechnung des Gegenwerts des Leistungsbetrags von der im Leistungskatalog angegebenen Währung in die Währung des Bankkontos verbunden sind, auf das der Leistungsbetrag gemäß der Anweisung des Antragstellers ausgezahlt werden soll;
 - c. örtliche Vermittlungsgebühren und -kosten, wenn die Schadensregulierung aufgrund der Besonderheiten der örtlichen Vorschriften nur durch Einschaltung eines örtlichen Vermittlers möglich ist
- 6.13. Die versicherte Person hat das Recht, vom Assistance-Service eine Erklärung über die Bearbeitung/Regulierung ihres Schadensfalles zu verlangen.
- 6.14. Der Coverholder hat das Recht, die Organisation einer medizinischen Behandlung oder einer Ware/Dienstleistung abzulehnen und die Zahlung von Rechnungen, die von Leistungserbringern ausgestellt wurden, zu verweigern und/oder die Zahlung von Schäden, die von der versicherten Person eingereicht wurden, zu verweigern, wenn eines der folgenden Ereignisse eintritt:
 - a. die beanspruchte medizinische Behandlung erweist sich nachträglich als medizinisch nicht notwendig; oder
 - b. die der versicherten Person erbrachten Dienstleistungen/Waren sind nicht von diesem Vertrag gedeckt; oder
 - c. der Gesamtbetrag der vom Coverholder gezahlten Kosten hat (während des gesamten Versicherungszeitraums) die Versicherungssumme oder das geltende, im Vertrag angegebene Limit erreicht; oder

- d. die versicherte Person hat die medizinische Behandlung oder andere durch den Vertrag gedeckte Waren/Dienstleistungen vor dem Beginn oder nach dem Ablauf des Versicherungszeitraums beantragt; oder
- e. die Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Zahlung der Versicherungsprämie ist (oder einer Rate davon) bis zum Ende der Nachfrist nicht erfüllt; oder
- f. bei jeder Art von Betrug seitens der versicherten Person/des Versicherungsnehmers/ihrer Vertreter; oder
- g. in anderen besonderen Fällen, die anderswo im Vertrag festgelegt sind.

7. ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

7.1. Sofern in der Police oder der Versicherungsbestätigung nicht ausdrücklich anders festgelegt, sind die folgenden Punkte nicht durch diese Versicherung gedeckt und es können keine damit verbundenen Ansprüche geltend gemacht werden:

- 7.1.1. medizinische Behandlungen, Waren und Dienstleistungen, die im Leistungskatalog nicht als versichert angegeben sind;
- 7.1.2. medizinische Behandlungen, Waren und Dienstleistungen, die medizinisch nicht notwendig sind;
- 7.1.3. Vorerkrankungen, die auf dem Antragsformular für das vollständige medizinische Underwriting nicht angegeben wurden (falls der Coverholder danach gefragt hat);
- 7.1.4. aktive Teilnahme an Krieg, Unruhen, Streiks, Aussperrungen, zivilem Aufruhr, Rebellion, Revolution, Aufstand, Terrorismus, Militärputsch (Staatsstreich) oder anderen illegalen Handlungen, einschließlich der daraus resultierenden Inhaftierung; sowie Ansprüche für Schäden im Zusammenhang mit terroristischen oder kriegerischen Handlungen von Versicherten, die sich gegen den Rat ihres jeweiligen Landes oder ihrer Botschaft in der Region aufhalten. In diesem Fall wird davon ausgegangen, dass sie sich absichtlich einer Gefahr aussetzen.
- 7.1.5. Freisetzung von Massenvernichtungswaffen (nuklear, chemisch oder biologisch), unabhängig davon, ob sie eine Sprengstoffsequenz beinhalten oder nicht; Epidemie; Pandemie;
- 7.1.6. Verletzung oder Krankheit während des Dienstes als Mitglied einer Polizei- oder Militäreinheit;
- 7.1.7. ionisierende Strahlung oder Kontamination durch Radioaktivität von Kernbrennstoffen oder von nuklearen Abfällen aus der Verbrennung von Kernbrennstoffen;
- 7.1.8. die radioaktiven, toxischen, explosiven oder sonstigen gefährlichen Eigenschaften einer explosiven nuklearen Zusammensetzung oder eines nuklearen Bestandteils davon, Strahlung oder radioaktive Kontamination, chemische Kontamination;
- 7.1.9. Militärmanöver, Übungen oder Waffentests;
- 7.1.10. sich bewusst einer Gefahr auszusetzen, freiwillig in die von den Behörden angekündigten Risikozonen zu begeben, oder bewusst keine Maßnahmen zur Gewährleistung der persönlichen Sicherheit zu ergreifen;
- 7.1.11. eine freiwillige oder vorsätzliche Handlung oder eine vorsätzliche Straftat des/der Versicherten, die zu seiner Körperverletzung oder Erkrankung geführt hat;
- 7.1.12. die Teilnahme an einer Schlägerei, einem Kampf oder jeder Art von Unruhen und die zu deren Bekämpfung getroffenen Maßnahmen, außer im Falle der Selbstverteidigung oder wenn die/der Versicherte Opfer der oben genannten Unruhen wird;
- 7.1.13. Vorbereitung von oder Beteiligung an Verbrechen oder Vergehen;

- 7.1.14. Diagnostik, Behandlung oder Rehabilitation im Zusammenhang mit Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Chemikalienmissbrauch oder Intoxikation infolge der Einnahme von Alkohol oder psychotropen, narkotischen oder psychedelischen Substanzen sowie alle damit verbundenen Erkrankungen;
- 7.1.15. Gesundheitsuntersuchungen, Impfungen, Konsultationen und Tests, die für Verwaltungszwecke erforderlich sind (z. B. zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit, schul- oder sportbezogene Untersuchungen usw.);
- 7.1.16. Schlafstudien und andere Behandlungen im Zusammenhang mit der Schlafapnoe; Behandlung von Schlafstörungen, einschließlich Schlaflosigkeit, obstruktiver Schlafapnoe, Narkolepsie, Schnarchen und Bruxismus;
- 7.1.17. Behandlungen zur Raucherentwöhnung, unabhängig davon, ob sie von einem Arzt empfohlen werden oder nicht;
- 7.1.18. Kurse zur Gewichtsreduzierung und die Kosten für alle relevanten Behandlungen, Produkte, Dienstleistungen oder Medikamente zur Gewichtsreduzierung oder für Programme zur Gewichtsreduzierung, medizinische Fastenkuren, Programme zum Abnehmen und pädagogische Ernährungsberatung im Zusammenhang mit Bemühungen zur Gewichtsreduzierung;
- 7.1.19. Gesundheitsleistungen und damit verbundene Kosten im Zusammenhang mit der Behandlung von morbid oder nicht-morbid Adipositas, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Magenbypass, Magenballon, Magenklammerung, Jejunal-Ileal-Bypass und alle anderen daraus resultierenden Verfahren oder Komplikationen;
- 7.1.20. die Einnahme von "Viagra" oder anderen Arzneimitteln zur Potenzsteigerung und ihren jeweiligen generischen Äquivalenten;
- 7.1.21. Vitamine, Mineralien und andere Nahrungsergänzungsmittel, einschließlich homöopathischer Mittel, unabhängig davon, ob diese verschrieben wurden oder nicht;
- 7.1.22. Teilnahme an Vorbereitungskursen für Mutterschaft und Entbindung;
- 7.1.23. Beschneidung, es sei denn, sie ist medizinisch notwendig und vorab genehmigt;
- 7.1.24. genetische Beratung, Screening und Tests.
- 7.1.25. Betäubungsmittel, toxischer Rausch oder lebensbedrohliche Alkoholvergiftung (wenn der Alkoholgehalt im Blut 2,5 ppm (zwei Komma fünf Promille) oder mehr beträgt);
- 7.1.26. Verkehrsunfall, wenn der Versicherte ein Fahrer war und der Alkoholspiegel in seinem Blut und Urin höher war als es in dem Land, in dem sich der Unfall ereignet hat, erlaubt ist;
- 7.1.27. Körperverletzung oder Krankheit als Folge einer Wette oder eines Glücksspiels;
- 7.1.28. Körperverletzungen oder Erkrankungen, die durch die Ausübung von Profisport oder Extremsportarten verursacht werden;
- 7.1.29. die Ausübung gefährlicher Sportarten, es sei denn, eine bestimmte Sportart wurde im Versicherungsantrag oder in der Police ausdrücklich angegeben;
- 7.1.30. medizinische Behandlungen ohne ärztliche Verordnung;
- 7.1.31. komplementäre (und/oder alternative) und/oder experimentelle Behandlungen;
- 7.1.32. Verjüngungs- und Kurbehandlungen, kosmetische Behandlungen, NdYAG-Behandlungen, Diätkuren und Erholungsaufenthalte;
- 7.1.33. medizinische Rehabilitation, es sei denn, sie wird von einem Arzt nach Durchführung einer vertraglich gedeckten und vorab genehmigten Behandlung empfohlen, und mit der Ausnahme einer Aufnahme nach einem Krankenhausaufenthalt innerhalb von 5 Tagen;

- 7.1.34. Aufenthalt in Einrichtungen für ältere Menschen, die in erster Linie pflegerische, erzieherische und rehabilitative, nicht aber medizinische Leistungen erbringen;
- 7.1.35. Mutterschaft und Entbindung während der Karenzzeit;
- 7.1.36. elektiver Kaiserschnitt;
- 7.1.37. Sterilisation und Unfruchtbarkeitsbehandlung;
- 7.1.38. Einnahme von Medikamenten und Methoden zur Empfängnisverhütung;
- 7.1.39. Abtreibung, außer im Falle medizinischer Notwendigkeit, um das Leben der Mutter zu retten;
- 7.1.40. kosmetische/ästhetische Behandlungen, mit der Ausnahme einer medizinischen Rehabilitation nach einem Unfall;
- 7.1.41. Eingriffe zur Augenkorrektur (Keratektomie und Keratotomie, einschließlich LASIK- und LASEK-Methoden), außer bei refraktiven Hornhauterkrankungen (hier sind die Eingriffe ähnlich wie bei anderen chirurgischen Eingriffen versichert);
- 7.1.42. Teilnahme an einem Kurs für Förderunterricht;
- 7.1.43. pränatale und postnatale Kurse;
- 7.1.44. orthomolekulare Behandlung;
- 7.1.45. geschlechtsangleichende Operationen und alle damit verbundenen Behandlungen;
- 7.1.46. Alopezie, Auswahl und Anfertigung einer Perücke und/oder Haartransplantation sowie alle Arten der Haarausfalltherapie;
- 7.1.47. Behandlung der versicherten Person durch ein Familienmitglied, auch wenn es sich um einen Arzt handelt.
- 7.1.48. eine Vorerkrankung oder eine Krankheit, die eine Nebenwirkung einer solchen Erkrankung ist, außer in den Fällen, die im Rahmen des Underwritings mit Moratorium vorgesehen sind;
- 7.1.49. medizinische Leistungen, die vor Beginn der Vertragslaufzeit oder nach Ablauf der Versicherung erbracht wurden;
- 7.1.50. Krankheiten/Verletzungen, die von einem Arzt ohne die erforderliche Qualifikation diagnostiziert oder behandelt werden;
- 7.1.51. eine Gesundheitsstörung, die direkt oder indirekt mit einer sexuell übertragbaren Krankheit oder einer HIV/AIDS-Infektion zusammenhängt;
- 7.1.52. Gesundheitsstörung oder Verletzung im Zusammenhang mit den Bedingungen oder Umständen der Vollstreckung einer gerichtlichen Handlung und (oder) während des Aufenthalts an Orten des Freiheitsentzugs oder in Haft oder während der Durchführung von Ermittlungsmaßnahmen;
- 7.1.53. alle Kosten für orthopädische Hilfsmittel, z. B. Einlegesohlen;
- 7.1.54. Nierendialyse (bei Niereninsuffizienz);
- 7.1.55. die Kosten im Zusammenhang mit der Suche nach einem Ersatzorgan oder die Kosten für die Entnahme des Organs beim Spender, die Kosten für den Transport des Organs und alle damit verbundenen administrativen Kosten. Alle Kosten im Zusammenhang mit Organen, die nicht im Sinne des Begriffs "Organtransplantation" definiert sind;
- 7.1.56. Rehabilitation, es sei denn, sie ist integraler Bestandteil einer stationären medizinischen Behandlung und wird unter der Kontrolle oder Aufsicht eines Facharztes und in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung durchgeführt;
- 7.1.57. Ernährungstherapie

- 7.1.58. Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen-Behandlungen von Erkrankungen wie Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, oppositionelles Trotzverhalten, antisoziales Verhalten, Zwangsstörungen, phobische Störungen, Bindungsstörungen, Anpassungsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Behandlungen, die positive sozial-emotionale Beziehungen fördern, wie z. B. Familientherapie;
- 7.1.59. Alle Kosten, die nach dem Ablaufdatum der Versicherung entstehen, es sei denn, der Vertrag wurde um weitere 12 Monate verlängert. Jegliche Kosten, die nach Ablauf der Versicherungsdauer entstehen;
- 7.1.60. Kosten für vorbeugende Maßnahmen, sofern sie durch der geltende Leistungskatalog nicht abgedeckt sind, sowie Kosten für anfallende Steuern und die Ausstellung medizinischer Dokumente.
- 7.1.61. Zahnmedizin:
- a. Leistungen, die ausschließlich aus kosmetischen Gründen erbracht werden; Ersatz einer verlorenen oder gestohlenen Vorrichtung;
 - b. Implantate;
 - c. Zahn-Veneers
 - d. Ersatz einer Brücke, Krone oder einer Zahnprothese innerhalb von 5 Jahren nach dem ursprünglichen Einsetzen, es sei denn:
 - der Ersatz wird durch das Einsetzen einer originalen gegenüberliegenden Vollprothese oder durch die notwendige Extraktion natürlicher Zähne notwendig;
 - die Brücke, Krone oder Prothese wurde infolge eines erlittenen Schadens irreparabel beschädigt, während sie sich im Mund der versicherten Person befand, die für diese Leistungen versichert war;
 - e. jeder Ersatz einer Brücke, Krone oder Prothese, der nach den üblichen zahnmedizinischen Standards brauchbar ist oder brauchbar gemacht werden kann;
 - f. Verfahren, Vorrichtungen oder Restaurationen (außer Vollprothesen), deren Hauptzweck darin besteht:
 - die vertikale Dimension zu ändern;
 - zur Diagnose oder Behandlung von Erkrankungen oder Funktionsstörungen des Kiefergelenks zu dienen;
 - parodontal betroffene Zähne zu stabilisieren;
 - Okklusionen wiederherzustellen;
 - g. Porzellan- oder Acrylverblendungen von Kronen oder Brückengliedern auf den oberen und unteren ersten, zweiten und dritten Backenzähnen oder deren Ersatz;
 - h. Bissregistrierungen, präzise- oder semi-präzise Verbindungselemente oder Schienen;
 - i. nächtliche Mundschützer oder andere Dienstleistungen gegen Zähneknirschen;
 - j. Anweisungen zur Plaquekontrolle, Mundhygiene und Ernährung;
 - k. Prothese über Implantat - eine prothetische Vorrichtung, die von einem Implantat oder einem Implantataufbau getragen wird;
 - l. Kronen, Inlays, Gussrestaurationen oder andere im Labor vorbereitete Restaurationen an Zähnen, es sei denn, der Zahn kann aufgrund von starker Karies oder Fraktur nicht mit einer Amalgam- oder Kompositfüllung versorgt werden;
 - m. Ersatz von Zähnen über die normale Anzahl von 32 hinaus;
 - n. sportlicher Mundschutz; myofunktionelle Therapie.

7.1.62. Sonstige medizinische Behandlungen, Dienstleistungen und Waren, die nach den anderen Bestimmungen dieser Bedingungen/des Vertrages vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

7.2. Sofern der Vertrag nichts anderes vorsieht oder die Bedingung der Nichtberücksichtigung der medizinischen Vorgeschichte im Vertrag vorgesehen ist, werden zahnärztliche Grundversorgung, zahnärztliche Präventiv- und Diagnosebehandlungen sowie kieferorthopädische Behandlungen (sofern im geltenden Leistungskatalog vorgesehen) unter der Voraussetzung gewährt, dass die versicherte Person in dem Zeitraum von einem Jahr unmittelbar vor dem Versicherungsbeginn/Beginn des ersten vertraglichen Versicherungsschutzes für diese versicherte Person (wenn der allererste vertragliche Versicherungsschutz in Bezug auf die versicherte Person nach dem Versicherungsbeginn in Kraft tritt) oder unmittelbar vor der Inanspruchnahme der genannten Leistung für zahnärztliche Behandlungen, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt, an regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen teilgenommen und sich allen erforderlichen Behandlungen unterzogen hat.

7.3. Für zahnärztliche Leistungen (sofern diese im entsprechenden Leistungskatalog als versichert angegeben sind) gelten folgende Leistungsbeschränkungen:

Klinisch-mündliche Bewertung	Einmal pro aufeinanderfolgenden 6-Monats-Zeitraum.
Prophylaxe (Reinigungen)	Nur 1 Prophylaxe pro aufeinanderfolgenden 6-Monats-Zeitraum.
Fluorid-Behandlungen	Beschränkt auf Personen unter 14 Jahren. Nur einmal pro aufeinanderfolgenden 12-Monats-Zeitraum.
routinemäßige Röntgenaufnahmen	Bissflügelaufnahme: nur 1 Set in einem aufeinanderfolgenden 12-Monats-Zeitraum. Begrenzt auf maximal 4 Aufnahmen pro Set.
nicht routinemäßige Röntgenaufnahmen	Vollständige Munduntersuchung oder Panoramaröntgenaufnahmen: nur einmal in einem beliebigen aufeinanderfolgenden Zeitraum von 60 Monaten.
Periapikale Röntgenaufnahmen	Maximal 4 periapikale Röntgenaufnahmen, die nicht in Verbindung mit einem operativen Eingriff durchgeführt werden, sind in jedem aufeinanderfolgenden 12-Monats-Zeitraum erstattungsfähig.
Intraorale okklusale Röntgenaufnahmen	Begrenzt auf 2 Aufnahmen in einem aufeinanderfolgenden 12-Monats-Zeitraum.
Modelle	nicht versichert
Versiegelungen	Pro Zahn, an einem nicht restaurierten bleibenden Eck- oder Backenzahn für eine Person unter 14 Jahren - nur 1 Behandlung pro Zahn im Leben.
Kleinere Parodontalbehandlungen (nicht-chirurgisch)	Wurzelglättung - 1 pro Quadrant pro 36 aufeinanderfolgende Monate.
Parodontalchirurgie	Einmal pro 36 aufeinanderfolgende Monate pro Mundbereich (gleiche Leistung).
Ersatz von Kronen und Inlays	begrenzt auf 1 Stück pro 60 aufeinanderfolgende Monate Die Leistungen basieren auf dem Betrag, der für Nichtedelmetalle zu zahlen ist. Kein Porzellan oder weißes/zahnfarbendes Material bei Backenzahnkronen oder -brücken. Der Ersatz muss aufgrund starker Karies indiziert sein.

Kronen aus Edelstahl und Kunstharz	1 Stück pro 36 aufeinanderfolgende Monate für Personen unter 16 Jahren.
Brücken	Der Ersatz ist auf 1 Stück pro 60 aufeinanderfolgende Monate begrenzt, wenn sie unbrauchbar sind und nicht repariert werden können. Die Leistungen basieren auf dem Betrag, der für Nichtedelmetalle zu zahlen ist. Kein Porzellan oder weißes/zahnfarbendes Material bei Backenzahnkronen oder -brücken.
Zahnersatz und Prothesen	Der Ersatz ist auf 1 Stück pro 60 aufeinanderfolgende Monate begrenzt, wenn sie unbrauchbar sind und nicht repariert werden können.
Relining, Rebasings	versichert, wenn mehr als 12 Monate seit dem Einsetzen vergangen sind; 1x pro 36 aufeinanderfolgende Monate.
Anpassungen	versichert, wenn mehr als 12 Monate seit dem Einsetzen vergangen sind; 1x pro 12 aufeinanderfolgende Monate.
Reparaturen - Brücken	versichert, wenn mehr als 12 Monate seit dem Einsetzen vergangen sind
Reparaturen - Zahnersatz	versichert, wenn mehr als 12 Monate seit dem Einsetzen vergangen sind
Endodontie	Erneute Wurzelbehandlung einmal pro 24 aufeinanderfolgende Monaten, wenn die Notwendigkeit nachgewiesen wird.

- 7.4. In keinem Fall deckt diese Versicherung Verluste, Schäden, Haftpflicht oder Kosten, die direkt oder indirekt durch die Verwendung oder den Betrieb eines Computers, eines Computersystems, eines Computersoftwareprogramms, eines bösartigen Codes, eines Computervirus oder eines Prozesses oder eines anderen elektronischen Systems verursacht oder mitverursacht wurden oder sich daraus ergeben.

8. WIE MAN ÄNDERUNGEN IN DEN VERTRAG EINBRINGT

- 8.1. Die **Elemente des Leistungskatalogs** können zu einem Jahrestag nur durch eine entsprechende schriftliche Vereinbarung zwischen dem Coverholder und dem Versicherungsnehmer geändert werden. Wenn der Versicherungsnehmer solche Änderungen einführen möchte, muss er den Coverholder mindestens 10 Arbeitstage vor dem Jahrestag darüber informieren. Nach Erhalt eines entsprechenden Antrags des Versicherungsnehmers wird der Coverholder dem Versicherungsnehmer ein überarbeitetes Verlängerungsangebot zukommen lassen, das die beantragten und vom Coverholder akzeptierten Änderungen sowie (gegebenenfalls) besondere Bedingungen enthält, unter denen diese Änderungen akzeptabel sind. Einigen sich der Coverholder und der Versicherungsnehmer auf Änderungen im Leistungskatalog, werden eine neue Polizza (falls erforderlich) und ein geänderter Leistungskatalog ausgestellt. Beantragt der Versicherungsnehmer ein Upgrade des Leistungskatalogs, behält sich der Coverholder das Recht vor, Karenzzeiten und/oder andere besondere Bedingungen ab dem Datum des Inkrafttretens der vereinbarten Änderungen einzuführen.
- 8.2. Der Versicherungsnehmer muss den Coverholder über den Umzug der versicherten Person aus dem **Land ihres Wohnsitzes** informieren. Diese Mitteilung muss dem Coverholder schriftlich oder per E-Mail zugehen oder über das Online-Portal des Coverholders mindestens 30 Tage vor einer solchen Änderung übermittelt werden. Die Mitteilung muss das Land, in das die versicherte Person umzuziehen beabsichtigt, das Beginndatum des Wohnsitzes in dem neuen Land und die neuen Kontaktdaten der versicherten Person enthalten.
- 8.2.1. Sollte die versicherte Person langfristig (für mehr als 3 Monate) oder dauerhaft aus dem primären Geltungsbereich wegziehen, bedeutet dies, dass sich der Coverholder und der Versicherungsnehmer (der die Versicherung für diese versicherte Person abgeschlossen hat) beide auf Änderungen der

Polizze (z. B. Änderung des primären Geltungsbereichs) und anderer Bestimmungen des Vertrags einigen müssen, vorbehaltlich der in diesem Artikel vorgesehenen Bedingungen. Der Coverholder weist hiermit ausdrücklich darauf hin, dass eine Änderung des primären Geltungsbereichs eine entsprechende Anpassung der Versicherungsprämie und/oder andere besondere Bedingungen erfordern kann.

- 8.2.2. Jegliche Änderungen der Polizze werden nach einer entsprechenden schriftlichen Vereinbarung zwischen dem Coverholder und dem Versicherungsnehmer durch die Ausstellung einer geänderten Polizze, einer neuen Versicherungsbestätigung (wenn diese zuvor ausgestellt wurde) und/oder einer neuen Versicherungskarte (wenn diese zuvor ausgestellt wurde) vorgenommen.
- 8.2.3. Der in der Polizze festgelegte primäre Geltungsbereich kann nur einmal pro Versicherungszeitraum geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann diese Änderung auch zum Jahrestag beantragen.
- 8.2.4. Der primäre Geltungsbereich kann nicht geändert werden, wenn die versicherte Person beabsichtigt, sich für einen Zeitraum von mehr als drei aufeinanderfolgenden Monaten in den USA aufzuhalten, oder wenn die versicherte Person beabsichtigt, in die USA zu reisen, um dort eine medizinische Behandlung zu erhalten.
- 8.2.5. Es gibt Länder, in denen der Coverholder aus regulatorischen oder versicherungsrechtlichen Gründen möglicherweise keinen Versicherungsschutz anbieten kann. Sollte die versicherte Person in ein solches Land ziehen, kann der primäre Geltungsbereich nicht geändert werden, und der Vertrag wird gekündigt.
- 8.2.6. Der primäre Geltungsbereich kann nicht geändert werden und der Versicherungsschutz wird für Staatsangehörige der USA und der Karibik automatisch aufgehoben, wenn sie sich länger als drei aufeinanderfolgende Monate in ihrem Heimatland aufhalten.
- 8.3. Der Versicherungsnehmer muss dem Coverholder alle Änderungen des Vor- und Nachnamens sowie der Kontaktdaten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person so bald wie möglich mitteilen. Der Coverholder wird den Erhalt der Informationen über die Änderungen bestätigen und seine Unterlagen aktualisieren und muss möglicherweise eine neue Polizze oder eine neue Versicherungsbestätigung oder eine neue Versicherungskarte ausstellen.
- 8.4. Wenn der Versicherungsnehmer eine neue versicherte Person in den Vertrag aufnehmen möchte, behält sich der Coverholder das Recht vor, zu verlangen, dass sich diese Person einem vollständigen medizinischen Underwriting unterzieht, es sei denn, die vorliegenden Bestimmungen sehen etwas anderes vor oder wurden zwischen dem Coverholder und dem Versicherungsnehmer vereinbart. Der Coverholder berechnet dann die vom Versicherungsnehmer zu zahlende zusätzliche Versicherungsprämie. Rückwirkende Anmeldungen sind nicht zulässig, es sei denn, der Coverholder hat dem ausdrücklich zugestimmt. Der Angehörige muss den gleichen Versicherungsschutz haben wie die hauptversicherte Person, es sei denn, der Coverholder hat dem ausdrücklich zugestimmt. Der Coverholder stellt jedem neuen Angehörigen eine Versicherungsbestätigung und eine Versicherungskarte aus.
- 8.5. Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz für eine versicherte Person vor dem Ablaufdatum der Versicherung kündigen möchte, muss er den Coverholder schriftlich oder per E-Mail darüber informieren. Der Versicherungsnehmer muss den Coverholder oder den Assistance-Service auch über den Tod der versicherten Person informieren, sobald dies unter den gegebenen Umständen praktisch möglich ist. Der Artikel 9 "Vertragsauflösung" der vorliegenden Bedingungen ist auf die in diesem Absatz genannten Fälle anwendbar. Sollte die Leistung „Überführung oder Bestattung vor Ort“ im geltenden Leistungskatalog vorgesehen sein, hilft der Assistance-Service bei den entsprechenden Vorbereitungen (in diesem Fall sind dem Assistance-Service die Umstände des Todes und, falls vorhanden, die Sterbeurkunde vorzulegen).

9. VERTRAGSAUFLÖSUNG

- 9.1. Der Vertrag wird in den folgenden Fällen aufgelöst:
 - 9.1.1. mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit;
 - 9.1.2. wenn der Versicherungsnehmer die zweite oder jede weitere Rate der Versicherungsprämie nicht innerhalb der Nachfrist zahlt. In dem in diesem Punkt beschriebenen Fall endet der Vertrag zu dem Datum, welches in der entsprechenden schriftlichen Mitteilung des Coverholders angegeben ist. Das in der schriftlichen Mitteilung des Coverholders festgelegte Datum der Beendigung sollte jedoch nicht vor dem Datum liegen, an dem die verspätete Versicherungsprämie fällig war, oder vor dem Datum der Übersendung der oben genannten Mitteilung. Während des Zeitraums, in dem die fällige Versicherungsprämie (oder ein Teil davon) verspätet ist, können keine Leistungen in Anspruch genommen oder bezahlt werden und keine Behandlungen/ Waren oder Dienstleistungen organisiert werden.
 - 9.1.3. der Gesamtbetrag der vom Coverholder gedeckten Schadensfälle erreicht die Versicherungssumme. In diesem Fall endet der Vertrag an dem Tag, an dem die Versicherungssumme erreicht wurde. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person stellt der Coverholder eine Bestätigung aus, die belegt, dass die vertraglichen Verpflichtungen des Coverholders vollständig erfüllt wurden;
 - 9.1.4. einseitige Beendigung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer. In diesem Fall endet der Vertrag an dem Tag, an dem das Ersuchen als zugegangen gilt, oder an dem in diesem Ersuchen genannten Datum, wenn es nach dem Datum des Erhalts durch den Coverholder liegt;
 - 9.1.5. im Falle des Todes der versicherten Person endet der Vertrag an dem Tag, an dem der Tod der versicherten Person in der Sterbeurkunde oder in dem Gerichtsurteil, mit dem die versicherte Person für verstorben erklärt wurde, festgestellt wird;
 - 9.1.6. vorbehaltlich einer gegenseitigen Vereinbarung zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Coverholder. In diesem Fall endet der Vertrag mit dem Datum der Unterzeichnung einer entsprechenden Aufhebungsvereinbarung oder mit dem in einer solchen Vereinbarung festgelegten Datum;
 - 9.1.7. auf Initiative des Coverholders in den Fällen, die in diesem Vertrag und/oder in den geltenden Gesetzen vorgesehen sind. In diesem Fall endet der Vertrag an dem in der schriftlichen Mitteilung des Coverholders genannten Datum, jedoch nicht früher als an dem Datum der Zustellung einer solchen Mitteilung an den Versicherungsnehmer;
 - 9.1.8. der Versicherer verliert die rechtliche Grundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten der versicherten Person in Übereinstimmung mit dem Vertrag. In diesem Fall endet der Vertrag zu dem in der entsprechenden Mitteilung des Coverholders festgelegten Datum. Im Rahmen des auf diese Weise beendeten Vertrags kann keine Erstattung der Versicherungsprämie vereinbart werden;
 - 9.1.9. Wenn der Versicherungsnehmer (ein Unternehmer/eine juristische Person) die Versicherung seiner Angestellten/Mitglieder im Rahmen des Vertrages veranlasst hat, endet der Vertrag in Bezug auf die spezifische versicherte Person, wenn das betreffende Arbeits-/Mitgliedschaftsverhältnis endet.
 - 9.1.10. in anderen Fällen, die durch das anwendbare Recht und/oder den Vertrag festgelegt sind.
- 9.2. Der Vertrag kann auch auf Antrag des Coverholders vorzeitig gekündigt werden, wenn der Versicherungsnehmer sich weigert, die nach dem Vertrag fällige zusätzliche Versicherungsprämie zu zahlen.
- 9.3. Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag vor Beginn der Vertragslaufzeit oder innerhalb der Bedenkzeit, erstattet der Coverholder dem Versicherungsnehmer 100 % der gezahlten Versicherungsprämie innerhalb von 20 Geschäftstagen ab dem Datum, an dem die

Kündigungsmitteilung des Versicherungsnehmers beim Coverholder eingegangen ist (abgesehen von den unten im Absatz 9.4 und/oder anderswo im Vertrag vorgesehenen Ausnahmen).

- 9.4. Wenn die Police vom Versicherungsnehmer nach Ablauf der Bedenkzeit oder nachdem die versicherte Person eine durch den Vertrag gedeckte medizinische Behandlung oder Assistance Leistung erhalten hat, gekündigt wird, gilt Folgendes:
- 9.4.1. Eine Rückerstattung der Versicherungsprämie ist nicht möglich, wenn zum Zeitpunkt der Kündigung des Vertrags weniger als 5 Personen versichert waren, es sei denn, die Parteien haben im Vertrag etwas anderes vereinbart;
- 9.4.2. Wenn zum Zeitpunkt der Kündigung des Vertrages 5 oder mehr Personen im Rahmen des Vertrages versichert waren, erstattet der Coverholder dem Versicherungsnehmer einen Teil der entsprechenden Versicherungsprämie, die nach der folgenden Formel berechnet wird (sofern in der Police nichts anderes festgelegt ist):
- $$R = P \times (100\% - k) \times U : I,$$
- R - bedeutet den Rückerstattungsbetrag der Versicherungsprämie;
- P - bezeichnet den Versicherungsprämienbetrag, den der Coverholder für den relevanten Zeitraum erhalten hat, wie in der Police angegeben;
- k - bezeichnet einen Prozentsatz der Versicherungsprämie, der die Kosten des Versicherers für die Verwaltung und Beendigung des Versicherungsvertrags widerspiegelt. Wenn im Vertrag nichts anderes festgelegt ist, ist k gleich 30%;
- U - bezeichnet die Anzahl der Tage zwischen dem tatsächlichen Vertragsbeendigungsdatum und dem Enddatum des Zeitraums, für den der Coverholder die Versicherungsprämie erhalten hat;
- I - bezeichnet die Anzahl der Tage des Versicherungszeitraums, für die die Versicherungsprämie beim Coverholder eingegangen ist.
- 9.5. Vorbehaltlich entsprechender Anweisungen des Versicherungsnehmers kann die Überweisung der erstattungsfähigen Versicherungsprämien bis zum Ablauf der ursprünglichen Vertragslaufzeit aufgeschoben oder mit der Aufnahme neuer versicherter Personen in der Zukunft verrechnet werden.

10. VERLÄNGERUNGSVERFAHREN

- 10.1. Der Vertrag kann an jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns verlängert werden, vorbehaltlich des Wortlauts der Bedingungen und der vom Coverholder zum Zeitpunkt des jeweiligen Jahrestages genehmigten Versicherungsprämien, über die der Versicherungsnehmer vor dem Jahrestag schriftlich informiert wird.
- 10.2. Um jeden Zweifel auszuschließen, ist der Coverholder berechtigt, ab der Verlängerung/Erneuerung des Vertrages geänderte Bedingungen anzuwenden.
- 10.3. Vor dem Jahrestag sendet der Coverholder ein Verlängerungsangebot an die versicherte Person. Die am Jahrestag fällige Versicherungsprämie richtet sich nach dem Alter der versicherten Person an diesem Jahrestag.
- 10.4. Wünscht der Versicherungsnehmer, dass der Vertrag zum Jahrestag geändert wird, so muss dies dem Coverholder mindestens 10 Werktage vor dem jeweiligen Jahrestag schriftlich oder per E-Mail mitgeteilt werden, wie im Artikel 8 der vorliegenden Bedingungen vorgesehen.
- 10.5. Der Vertrag gilt als erneuert/verlängert, sobald der Versicherungsnehmer die entsprechende Versicherungsprämie fristgerecht gezahlt hat. Es wird davon ausgegangen, dass der

Versicherungsnehmer durch die Zahlung der Versicherungsprämie allen Versicherungsbedingungen zustimmt, die im Verlängerungsangebot angegeben sind.

- 10.6. Kinder können bis zu ihrem 18. Geburtstag bzw. bis zu ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, als Angehörige zu einem angemessenen Tarif weiter versichert werden (der Nachweis über die Einschreibung in eine Vollzeitausbildung muss dem Coverholder vorgelegt werden).
- 10.7. Wenn sich ein Kind zwischen 18 und 24 Jahren nicht mehr in Vollzeitausbildung befindet, hat es keinen Anspruch mehr auf Versicherungsschutz als mitversicherter Angehöriger. Das Kind kann jedoch einen Antrag auf diese Versicherung stellen, indem es ein Antragsformular ausfüllt und unterschreibt und die entsprechende Versicherungsprämie zahlt. Unter der Voraussetzung, dass die Versicherungsprämie am oder vor dem Jahrestag gezahlt wird und der Versicherungsschutz nicht unterbrochen wird, bleibt der ursprüngliche Versicherungsbeginn bestehen.

11. AUSKUNFTSPFLICHT

- 11.1. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person müssen bei der Beantwortung von Fragen, die bei Vertragsabschluss, bei Vertragsverlängerungen usw. vom Coverholder gestellt werden, angemessene Sorgfalt walten lassen und sicherstellen, dass die erteilten Auskünfte richtig und vollständig sind. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Coverholder alle ihnen bekannten Umstände (einschließlich, aber nicht beschränkt auf die im entsprechenden Versicherungsantragsformular angegebenen Umstände) offenzulegen, die für die Übernahme des Versicherungsrisikos im Rahmen des Vertrags von Bedeutung sind (d. h. alle Umstände, die einen Einfluss auf die Entscheidung des Versicherers über die Übernahme des Risikos/auf die Bedingungen, zu denen das Risiko übernommen werden kann, haben können). Wenn der Coverholder eine Entscheidung über die Bedingungen trifft, zu denen eine Person im Rahmen eines Vertrages versichert werden könnte (einschließlich der Höhe der Versicherungsprämie, der Karenzzeit, des Moratorium-Underwritings, der spezifischen Ausschlüsse, des anzuwendenden Leistungskatalogs und anderer besonderer Versicherungsbedingungen), verlässt er sich gänzlich auf die vom Versicherungsnehmer und der versicherten Person gemachten Angaben.
- 11.2. Stellt der Coverholder fest, dass der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person bei Abschluss des Vertrages, bei dessen Verlängerung usw. dem Coverholder vorsätzlich oder fahrlässig unwahre und/oder irreführende und/oder unvollständige Angaben gemacht hat, hat der Coverholder das Recht:
 - a. einen solchen Vertrag von Anfang an als nichtig zu behandeln;
 - b. alle damit verbundenen Schäden abzulehnen;
 - c. die erhaltene Versicherungsprämie einzubehalten;
 - d. eine Erstattung für alle vom Coverholder im Rahmen dieses Vertrags gezahlten Leistungen zu verlangen;
 - e. eine Erstattung für alle sonstigen Kosten und Schäden zu verlangen, die dem Coverholder in diesem Zusammenhang entstehen.

Der Coverholder wird den Versicherungsnehmer über das oben Genannte entsprechend schriftlich oder per E-Mail informieren.

- 11.3. Wenn der Coverholder feststellt, dass der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person (bei Abschluss des Vertrags, bei dessen Verlängerung usw.) fahrlässig unwahre und/oder irreführende und/oder unvollständige Angaben gemacht hat, und wenn dem Coverholder nie ein Schadensfall gemeldet wurde, hat dieser (nach seinem alleinigen Ermessen) das Recht:

- a. den Vertrag von Anfang an als nichtig zu behandeln, die Zahlung von Schäden zu verweigern und die erhaltene Versicherungsprämie zurückzuzahlen; oder
- b. Änderungen der Vertragsbedingungen unter Berücksichtigung der genauen und vollständigen Informationen, die verfügbar geworden sind, vorzuschlagen.

Der Coverholder teilt dem Versicherungsnehmer schriftlich oder per E-Mail mit, ob Punkt (a) oder (b) angewendet wird. Nimmt der Versicherungsnehmer den Vorschlag des Coverholders über die Anwendbarkeit vom Punkt (b) innerhalb von 10 Tagen nach Erhalt der Mitteilung nicht an, erlischt der Vertrag automatisch gemäß dem Punkt (a).

- 11.4. Wenn der Coverholder feststellt, dass der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person (bei Abschluss des Vertrags, bei dessen Verlängerung usw.) fahrlässig unwahre, irreführende oder unvollständige Angaben gemacht hat, und wenn dem Coverholder im Rahmen dieses Vertrags jemals ein Schadensfall gemeldet wurde, muss der Coverholder dem Versicherungsnehmer (schriftlich oder per E-Mail) Änderungen der bestehenden Vertragsbedingungen vorschlagen, die unter Berücksichtigung genauer und vollständiger Angaben vorzunehmen sind. Nimmt der Versicherungsnehmer den Vorschlag des Coverholders innerhalb von 10 Tagen nach der entsprechenden Mitteilung des Coverholders nicht an, erlischt der Vertrag automatisch und der Coverholder hat das Recht:

- a. alle Ansprüche aus diesem Vertrag abzulehnen;
- b. die erhaltene Versicherungsprämie einzubehalten;
- c. eine Erstattung für alle vom Coverholder im Rahmen dieses Vertrags gezahlten Leistungen zu verlangen;
- d. eine Erstattung für alle sonstigen Kosten/Schäden zu verlangen, die dem Coverholder in diesem Zusammenhang entstehen.

- 11.5. Wenn der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder eine in ihrem Namen handelnde Person eine falsche, betrügerische oder absichtlich übertriebene Schadensmeldung einreicht oder wenn von der versicherten Person/dem mitversicherten Familienangehörigen/der in ihrem Namen handelnden Person betrügerische Mittel/Geräte verwendet wurden, um eine Leistung aus dem Vertrag zu erhalten (z. B. ein Schaden, der in betrügerischer Weise verursacht und/oder übertrieben wurde und/oder durch eine betrügerische Erklärung oder ein anderes Mittel gestützt wurde), ist der Coverholder:

- a. nicht verpflichtet, einen solchen Schaden zu bezahlen;
- b. jeder vom Coverholder in Bezug auf einen solchen Schaden gezahlte Betrag wird sofort fällig und dem Coverholder geschuldet;
- c. sollte die versicherte Person beim Versicherungsnehmer (als dessen Angestellter, Mitglied oder sonstiges) versichert sein, behält sich der Coverholder das Recht vor, den Versicherungsnehmer über solche betrügerischen Handlungen der versicherten Person oder ihrer Vertreter zu informieren;
- d. der Coverholder kann den Vertrag durch Mitteilung an den Versicherungsnehmer als zum Zeitpunkt der betrügerischen Handlung beendet behandeln.

Macht der Coverholder von seinem Recht gemäß dem Punkt (d) Gebrauch:

- haftet er weder gegenüber dem Versicherungsnehmer noch gegenüber der versicherten Person in Bezug auf ein relevantes Ereignis, das nach dem Zeitpunkt der betrügerischen Handlung eintritt. Ein relevantes Ereignis ist alles, was die Haftung des Coverholders nach dem Vertrag begründet (wie der Eintritt eines Schadens, die Einreichung einer Schadensmeldung oder die Meldung eines potenziellen Schadens);

- braucht er die erhaltene Versicherungsprämie nicht zurückzuzahlen.

12. DATENSCHUTZ

12.1. Für den Abschluss, die Durchführung und die Verlängerung des Vertrags benötigen der Versicherer und der Coverholder personenbezogene Daten der zu versichernden Personen, der versicherten Personen und ihrer Familienangehörigen. Alle angeforderten personenbezogenen Daten müssen angemessen, relevant und auf das Notwendige beschränkt sein. Wenn die zu versichernde Person/versicherte Person/der Angehörige diese Daten dem Coverholder nicht zur Verfügung stellen möchte, kann der Coverholder den Abschluss und die Durchführung des Vertrages nicht veranlassen (z. B. Anpassung der Angebote, Ausarbeitung des Vertragstextes, Bearbeitung von Schadensfällen usw.).

Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen des Vertrags unterliegt der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung). Daher sind alle Definitionen und Begriffe, die in diesem Vertrag in Bezug auf die Verarbeitung personenbezogener Daten verwendet werden, im Hinblick auf diese Datenschutz-Grundverordnung auszulegen.

12.2. Folgende personenbezogene Daten der betroffenen Personen werden auf der Grundlage des Vertrags verarbeitet:

- a. vollständiger Name;
- b. Alter/Geburtsdatum/Geburtsort;
- c. Geschlecht;
- d. Anschrift und sonstige Kontaktdaten (Wohnsitzland, Angaben zu einem geplanten Umzug aus dem Wohnsitzland, Heimatland, E-Mail-Adresse, Telefonnummern);
- e. Identifikationsdaten - Nummer des Identifikationsdokuments (z. B. Reisepassnummer), Identifikationsdokument;
- f. Daten im Zusammenhang mit der Sozialversicherung (einschließlich der Nummer des Sozialversicherungsausweises und anderer damit verbundener Daten);
- g. Mitgliedschaft in einer Organisation (z. B. wenn der Versicherungsnehmer die Versicherung seiner Mitglieder im Rahmen des Vertrages veranlasst);
- h. reisebezogene Daten;
- i. IP-Adressen beim Besuch der Internetseite des Versicherers/Coverholders ohne Deaktivierung von Cookies;
- j. Nationalität, Staatsangehörigkeit;
- k. Familienstand;
- l. beschäftigungsbezogene Daten - Daten zu Beruf/Berufsgruppe (derzeitige und frühere), Datum des Beginns und der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, Urlaub, Schwangerschaft sowie sonstige Arbeitszeiten und Abwesenheit vom Arbeitsplatz;
- m. Unterschrift, Foto;
- n. Ergebnisse strafrechtlicher Überprüfungen im Zusammenhang mit der Prävention von Betrug und/oder terroristischen Aktivitäten - sofern dies gesetzlich vorgeschrieben ist und verlangt wird;
- o. Informationen über mitversicherte Angehörige/Ehepartner/Lebensgefährten/Familie;

- p. Bank- und damit zusammenhängende Finanz-/Steuerdaten (einschließlich Kopien von Bankkarten, Kredit-/Debitkarten und Bankkontodaten);
- q. medizinische Vorgeschichte, personenbezogene Daten im Zusammenhang mit einer Erkrankung/einem Gesundheitszustand, wie z. B. Daten über medizinische Behandlungen, Waren und Dienstleistungen, die einer betroffenen Person zur Verfügung gestellt wurden; Daten aus ärztlichen Berichten oder Sterbeurkunden; medizinische Schadenhistorie; Einzelheiten über die physische und psychische Gesundheit oder Erkrankungen; usw.;
- r. andere personenbezogene Daten, die von der betroffenen Person/dem Versicherungsnehmer weitergegeben werden können.

Die im Rahmen des Vertrags zu verarbeitenden personenbezogenen Daten werden direkt von den betroffenen Personen oder indirekt von Dritten (Familienmitgliedern und Vertretern, Versicherungsnehmern, Versicherungsvermittlern, Ärzten, Leistungserbringern, staatlichen Einrichtungen und anderen Dritten, die zur Weitergabe dieser personenbezogenen Daten berechtigt sind) erhoben.

- 12.3. Ausführliche Informationen darüber, wie personenbezogene Daten im Rahmen des Vertrags verarbeitet werden, finden Sie in der Datenschutzrichtlinie („Privacy Policy“), die Sie auf der Internetseite www.dhig.net einsehen können.
- 12.4. Verantwortlich für die personenbezogenen Daten der zu versichernden Personen, der versicherten Personen und der mitversicherten Angehörigen ist der Versicherer. Die Kontaktdaten des Versicherers sind in der Police angegeben.
- 12.5. Der Coverholder ist der vom Versicherer beauftragte Verarbeiter von personenbezogenen Daten. Der Coverholder ist berechtigt, andere Auftragsverarbeiter zu beauftragen, wenn dies für die Verarbeitung personenbezogener Daten für die im Absatz 12.8 dieser Bedingungen festgelegten Zwecke erforderlich ist.
- 12.6. Für die im Absatz 12.8 dieser Bedingungen genannten Zwecke können personenbezogene Daten an Rückversicherer, Mitversicherer, medizinische Berater, den Assistance-Service, andere Leistungserbringer, technische Berater, Dienstleister für die Versicherungsadministration, Rechtsanwälte, Wirtschaftsprüfer, Finanz- und Steuerberater, Banken und Betrugsermittler sowie staatliche Aufsichtsbehörden weitergegeben werden.
- 12.7. Der Kontakt des Datenschutzbeauftragten: dpo@dhig.net.
- 12.8. Personenbezogene Daten werden vom Coverholder oder in seinem Namen erhoben und können vom Coverholder und/oder von den von ihm beauftragten Personen (wenn sie auf Anweisung des Coverholders handeln) **für die** Durchführung und Verwaltung des Vertrags (einschließlich, aber nicht beschränkt auf das Underwriting und die Schadenbearbeitung), die Verwaltung von Forderungseintreibungen, Versicherungsvermittlung, Forschung oder für statistische Zwecke, Betrugsprävention, die Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen und die Umverteilung des Versicherungsrisikos (für die Vereinbarung von Rückversicherungen und/oder Mitversicherungen) verwendet werden.
- 12.9. **Rechtliche Gründe** für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen des Vertrags können Folgendes umfassen:
 - a. Die Verarbeitung ist für die Erfüllung des Vertrages erforderlich – dazu gehören Tätigkeiten wie das Underwriting, die Übermittlung von Angeboten/Verlängerungsangeboten/Informationen über Angebote an den Versicherungsnehmer, die Prüfung von individuellen Versicherungsanträgen oder Gesundheitsfragebögen, die von der versicherten Person/den mitversicherten Angehörigen/den zu versichernden Personen ausgefüllt werden, die Verwaltung und

Administration des Vertrages, die Bearbeitung von Schadensfällen und die Erbringung anderer Dienstleistungen für die versicherten Personen und die mitversicherten Angehörigen.

- b. Die Einwilligung der betroffenen Person/ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person – dies wird (beispielsweise) bei der Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten vorausgesetzt.
 - c. Die Verarbeitung ist für die Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen erforderlich, auf die man sich beruft (zum Beispiel), wenn der Versicherer gesetzlich oder regulatorisch verpflichtet ist, solche personenbezogenen Daten zu verwenden.
 - d. Die Verarbeitung ist erforderlich, um grundlegende Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person zu schützen.
 - e. Die Verarbeitung ist für den Zweck der berechtigten Interessen erforderlich – dies ist z. B. der Fall, wenn: (a) der Versicherer eine angemessene geschäftliche Notwendigkeit hat, personenbezogene Daten zu verarbeiten, und diese geschäftliche Notwendigkeit der versicherten Person/dem mitversicherten Angehörigen keinen Schaden zufügt. Der Versicherer stützt sich darauf für Tätigkeiten wie die Führung seiner Geschäftsunterlagen, die Entwicklung und Verbesserung seiner Versicherungsprodukte und der damit verbundenen Dienstleistungen sowie die Bereitstellung von Informationen über seine Produkte und Dienstleistungen für den Versicherungsnehmer und die versicherten Personen; oder (b) wenn der Versicherer/Coverholder diese personenbezogenen Daten verwenden muss, um die gesetzlichen Rechte des Versicherers/Coverholders zu begründen, auszuüben oder zu verteidigen. Der Versicherer/Coverholder wird sein berechtigtes Interesse an der Verarbeitung der personenbezogenen Daten der betroffenen Person nicht geltend machen, wenn die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person Vorrang haben.
- 12.10. Personenbezogene Daten können sowohl innerhalb als auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) von den im Absatz 12.6 genannten Parteien verarbeitet werden, wobei stets vertragliche Beschränkungen in Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit im Einklang mit den geltenden Datenschutzgesetzen und -vorschriften zu beachten sind. Bei der Übermittlung personenbezogener Daten in Länder außerhalb des EWR sind angemessene Garantien für eine solche Datenübermittlung (z. B. von der Europäischen Kommission genehmigte Standard-Datenschutzklauseln) gemäß den geltenden Rechtsvorschriften zu gewährleisten. Personenbezogene Daten werden nicht an Parteien weitergegeben, die nicht zur Verarbeitung dieser Daten befugt sind. Ohne die ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person wird der Coverholder personenbezogene Daten nicht zum Zwecke der Vermarktung weiterer Produkte oder Dienstleistungen verwenden oder an andere Personen weitergeben.
- 12.11. Soweit dies nach den geltenden Gesetzen und Vorschriften zulässig ist, hat die betroffene Person folgende Rechte:
- a. Zugang zu ihren personenbezogenen Daten zu erhalten, um die Herkunft der Daten, den Zweck und die Ziele der Verarbeitung, die Angaben zu dem/den für die Datenverarbeitung Verantwortlichen, dem/den Datenverarbeiter(n) und den Personen, an die die Daten weitergegeben werden können, zu erfahren;
 - b. die erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen, wenn ihre personenbezogenen Daten auf der Grundlage einer solchen Einwilligung verarbeitet werden;
 - c. ihre personenbezogenen Daten zu aktualisieren oder zu korrigieren, damit sie stets korrekt sind;
 - d. ihre personenbezogenen Daten aus den Aufzeichnungen löschen zu lassen, wenn sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr benötigt werden, vorbehaltlich der gesetzlichen Bestimmungen zur Aufbewahrung personenbezogener Daten;

- e. die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten unter bestimmten Umständen einzuschränken, z. B. wenn die betroffene Person die Richtigkeit ihrer personenbezogenen Daten bestritten hat, und zwar so lange, bis die Richtigkeit der Daten überprüft werden kann;
- f. ihre personenbezogenen Daten in einem elektronischen Format zu erhalten;
- g. das Recht auf Datenübertragbarkeit auszuüben;
- h. sich an die zuständige Datenschutzbehörde zu wenden.

Die betroffene Person kann ihre Rechte ausüben, indem sie sich an den Coverholder unter data@dhig.net wendet und dabei ihren Namen, die Vertragsnummer, den Versicherungsnehmer, die E-Mail-Adresse und den Zweck der Anfrage angibt. Sofern dies nach geltendem Recht zulässig ist, hat die betroffene Person das Recht, der Verarbeitung zu widersprechen und die Einstellung der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen des Vertrags zu verlangen. Unter solchen Umständen wird die Verarbeitung personenbezogener Daten eingestellt, sofern dies nach den geltenden Gesetzen und Vorschriften zulässig ist.

Die im Rahmen des Vertrags erhobenen personenbezogenen Daten werden für einen Zeitraum aufbewahrt, der der Dauer der jeweiligen Vertragslaufzeit (einschließlich etwaiger Verlängerungen) und den darauffolgenden 10 Jahren ab dem Datum des Vertragsablaufs entspricht, außer in Fällen, in denen eine längere Aufbewahrungsfrist für mögliche Streitigkeiten, Anfragen der zuständigen Behörden oder gemäß den geltenden Gesetzen erforderlich ist. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht oder anonymisiert.

- 12.12. Um Betrug und Geldwäsche vorzubeugen oder aufzudecken, kann der Coverholder personenbezogene Daten bei Betrugsbekämpfungsagenturen und Sanktionswebseiten überprüfen, die eine Suche aufzeichnen können. Es können auch Abfragen in den Datenbanken anderer Versicherer durchgeführt werden. Bei Betrugsverdacht werden die Informationen an diese Versicherer weitergegeben. Andere Nutzer der Betrugsbekämpfungsagenturen können diese Informationen für ihre eigenen Entscheidungsprozesse verwenden.
- 12.13. Der Coverholder kann unter bestimmten Umständen auch Kreditauskünfte einholen. Weitere Einzelheiten finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzrichtlinie, in der erläutert wird, wie die von Betrugsbekämpfungsagenturen gespeicherten Informationen verwendet werden können.
- 12.14. Der Coverholder kann automatisierte Hilfsmittel bei der Entscheidungsfindung einsetzen, um individuelle Versicherungsanträge oder individuelle Gesundheitsfragebögen zu bewerten sowie zum Zwecke der Bearbeitung von Schadensfällen. Wenn die versicherte Person einer automatisierten Entscheidung widerspricht, ist der Coverholder möglicherweise nicht in der Lage, das Versicherungsangebot zu unterbreiten.

13. BESCHWERDEN

- 13.1. Sollte die versicherte Person Fragen oder Beschwerden haben (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Beschwerden in Bezug auf den Assistance-Service oder die vom Coverholder beauftragten Leistungserbringer), kann sie zunächst die in der Polizza angegebene Helpline anrufen. Wenn die Frage/Beschwerde nicht zur Zufriedenheit der versicherten Person gelöst wird, ist sie berechtigt, den Coverholder per E-Mail zu kontaktieren: complaints@dhig.net. Der Coverholder wird die Beschwerde so schnell wie möglich bearbeiten und der beschwerdeführenden Person innerhalb eines angemessenen Zeitraums nach Eingang der Beschwerde, spätestens jedoch innerhalb von 60 Kalendertagen, eine Antwort vorlegen.
- 13.2. Sollte die versicherte Person mit der Antwort/Reaktion des Coverholders nicht zufrieden sein, kann sie sich per E-Mail an den Versicherer wenden, wie in der Polizza festgelegt.

14. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

14.1. Vertrauliche Informationen

In Übereinstimmung mit diesen Bedingungen gelten folgende Informationen als vertraulich:

- a. die Höhe der im Rahmen des Vertrags gezahlten Versicherungsprämie und die besonderen Versicherungsbedingungen, sofern diese zwischen den Vertragsparteien vereinbart wurden;
- b. die personenbezogenen Daten, die im Rahmen des Vertrags verarbeitet werden;
- c. andere Daten, die nach den geltenden Gesetzen und/oder dem gesunden Menschenverstand/der üblichen Geschäftspraxis als vertraulich anerkannt sind.

Abgesehen von den im Vertrag vorgesehenen Ausnahmen haben der Coverholder, der Versicherungsnehmer, die versicherte Person und die mitversicherten Angehörigen ausreichende Maßnahmen zu ergreifen, um die Offenlegung der vertraulichen Informationen gegenüber unbefugten Dritten zu verhindern.

14.2. Anwendbares Recht

Das auf den Vertrag anzuwendende Recht sowie die gerichtlichen Zuständigkeiten (Gerichte) für die Beilegung von Streitigkeiten werden in den Vertragsbedingungen festgelegt, sofern das Gesetz nichts anderes vorschreibt.

14.3. Korrespondenz

Die schriftliche Korrespondenz zwischen dem Coverholder und dem Versicherungsnehmer/der versicherten Person muss per E-Mail oder per Post erfolgen. Der Absender trägt die Kosten für die Versendung seiner Postsendungen.

14.4. Sprache der Korrespondenz

Der Coverholder, der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen kommunizieren in englischer Sprache, sofern anderswo im Vertrag nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.

14.5. Änderungen der Steuervorschriften

Der Coverholder ist nicht verantwortlich für die Folgen möglicher Änderungen der für den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person geltenden Steuergesetzgebung.

14.6. Außergewöhnliche Umstände

Der Coverholder haftet nicht für Ausfälle oder Verzögerungen bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen aus dem Vertrag, die durch Umstände außerhalb seiner Kontrolle verursacht werden, d. h. Umstände höherer Gewalt, die Folgendes umfassen (aber nicht darauf beschränkt sind): Ereignisse, die unerwartet, unvorhersehbar oder unvermeidbar sind (wie z. B. extreme Wetterereignisse, Überschwemmungen, Erdbeben, Stürme, Blitzschläge, Brände, Bodensenkungen, Epidemien, Pandemien, Terroranschläge, Ausbruch militärischer Auseinandersetzungen (unabhängig davon, ob Krieg erklärt wurde oder nicht), Aufstände, Explosionen, Streiks oder andere Arbeitsunruhen, zivile Unruhen, Sabotagen, Desorganisation von Regierungs- oder Finanzbehörden, Zusammenbruch von Telekommunikationsnetzen oder Geldtransfersystemen sowie jede andere Handlung oder jedes andere Ereignis, das außerhalb der zumutbaren Kontrolle des Coverholders liegt).

Um jeden Zweifel auszuschließen, wird der Coverholder von seinen Verpflichtungen aus dem Vertrag befreit, wenn die Erfüllung dieser Verpflichtungen aufgrund internationaler Sanktionen unmöglich wird.

- 14.7. Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Einreichung eines versicherten Schadens mehr als eine Versicherung in Kraft hat, die diesen Schaden abdeckt, d. h. dieselbe medizinische Behandlung, Ware und/oder Dienstleistung, dann wird der Coverholder den Schaden nur anteilig bezahlen, wenn der Antragsteller Anspruch auf Erstattung aus einer anderen Quelle in Bezug auf dieselbe Leistung

(oder einen Teil davon) hat. Der Versicherer hat das Recht, den Anspruch auf jede andere Versicherung geltend zu machen, die der Antragsteller abgeschlossen hat.

