

RAHMENBEDINGUNGEN

2011



WICHTIGE HINWEISE

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen gemäß Kapitel I sind nur insofern gültig, soweit sie nicht im Widerspruch zu den Bestimmungen der verschiedenen Leistungsarten gemäß Kapitel II stehen. Im Falle eines Widerspruchs haben die Letztgenannten Vorrang vor den Erstgenannten. Darüber hinaus haben die Besondere Bedingungen in jedem Fall Vorrang vor den Allgemeinen Vertragsbedingungen von expatplus®.

1. Widerspruchsfrist

Falls Sie mit dieser Vereinbarung aus irgendeinem Grund nicht einverstanden sind, können Sie uns diese innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen zurücksenden. Die Widerspruchsfrist beginnt ab dem Tag des Distanzvertragabschlusses oder ab dem Tag, an dem Sie die Vertragsbedingungen erhalten (falls dieses Datum später wäre). Wir werden in diesem Fall den Versicherungsvertrag stornieren und Ihnen sämtliche eventuell bereits bezahlten Beiträge zurückerstatten, sofern Sie noch keine Leistungsansprüche geltend gemacht haben.

2. Adressenänderung

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihrer Adresse (inklusive Ihrer E-Mail-Adresse) unverzüglich mit, damit wir Ihnen jederzeit wichtige Informationen zukommen lassen und Zahlungen Ihrer Anträge auf Rückerstattung leisten können.

3. Allgemeine Informationen

Der Versicherer

CIGNA Life Insurance Company of Europe SA/NV
52 Avenue de Cortenberg
B-1000 Brussel
BELGIEN
RPR 0421.437.284
BFIC Lizenz für Unfall, Krankheit und Leben

CIGNA Europe Insurance Company SA/NV
52 Avenue de Cortenberg
B-1000 Brussel - BELGIEN
RPR 0474.624.562
BFIC Lizenz für finanziellen Verlust diverser Art

Der Assistanceanbieter

Mondial Assistance
Tour Gallieni II
36, Avenue du Général de Gaulle
F-93175 Bagnolet Cedex
FRANKREICH

Der Verwalter

Vanbreda International NV
Plantin en Moretuslei 299 oder P.O. Box 69
B-2140 Antwerpen - BELGIEN
RPR 0414.783.183
BFIC 13799 A-R

Die Aufsichtsbehörde

BFIC (Banking, Finance and Insurance Commission)
Rue du Congrès 12-14
B-1000 Brussel - BELGIEN
www.cbfa.be

4. Kontakt

Für alle Fragen zu Ihrer Police, bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung:

Vanbreda International
P.O. Box 69
2140 Antwerpen - BELGIEN
Tel. + 32 3 217 65 29
Fax + 32 3 663 73 14
info@expatplus.com
www.expatplus.com

Für Ihre Fragen oder Beschwerden mit Bezug auf Themen, welche mit Ihrer Internationalen Medizinischen Versicherung in Zusammenhang stehen, so setzen Sie sich gerne rund um die Uhr mit unserem Contact Center in Verbindung:

Vanbreda International
P.O. Box 69
2140 Antwerpen - BELGIEN
Tel. + 32 3 217 69 72
Fax: + 32 3 235 83 51
claims@expatplus.com

5. Der Ombudsmann – die außergerichtliche Prozedur

Im Falle einer Meinungsverschiedenheit mit dem Versicherer oder dem Versicherungsvermittler wird der Ombudsmann sich für eine freundliche Abwicklung einsetzen.

- E-Mail: info@ombudsman.as
- Postanschrift: Ombudsman van de verzekeringen, de Meeûsquare 35, B-1000 Brussel, BELGIEN
- Fax: + 32 2 547 59 75
-

6. Wichtiger Hinweis

Dieser Text ist eine Übertragung der englischen Fassung (expatplus®, General Conditions 2011). Bei eventuellen Unklarheiten oder Uneinigkeiten bei der Auslegung des Textes ist die englische Fassung entscheidend. Die englische Fassung ist auf Verlangen bei expatplus®, P.O. Box 69, B-2140 Antwerpen, Belgium erhältlich oder kann unter www.expatplus.com eingesehen werden.

Kapitel I: Allgemeine Vertragsbedingungen

I-1. Rangordnung und Versicherungszweck	6
I-2. Definitionen in alphabetischer Reihenfolge	6
I-3. Berechtigung und Aufnahme in die Versicherung	10
I-4. Beginn des Versicherungsschutzes	11
I-5. Widerspruchsfrist	11
I-6. Laufzeit und Kündigung der Versicherung	11
I-7. Ende der Versicherung	12
I-8. Beitrag und Beitragserhöhung	12
I-9. Rückkehr in das Heimatland	13
I-10. Währung	13
I-11. Allgemeine Ausschlüsse	13
I-12. Krieg und Terrorismus	14
I-13. Datenschutz	15
I-14. Forderungsübergang	15
I-15. Einlassung	15
I-16. Beschwerdeverfahren	15
I-17. Geltendes Recht	15

Kapitel II: Versicherungsschutz und Bedingungen der unterschiedlichen Versicherungsleistungen

BASISVERSICHERUNG

II-1. Internationale Krankenversicherung	16
II-2. Medizinische Evakuierung und Assistenz Services	24
II-3. Zahnmedizinische Versorgung	29

ZUSATZVERSICHERUNGEN

II-4. Lebensversicherung	30
II-5. Unfalltod und -Invalidität	30
II-6. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (Schutz vor Einkommensverlust)	34
II-7. Dauerhafte Berufsunfähigkeit	36
II-8. Reiseversicherung	39

I-1. Rangordnung und Versicherungszweck

1.1. Rangordnung

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen gemäß Kapitel I sind nur insofern gültig, soweit sie nicht im Widerspruch zu den Bestimmungen der verschiedenen Leistungsarten gemäß Kapitel II stehen. Im Falle eines Widerspruchs haben die Letztgenannten Vorrang vor den Erstgenannten. Hinsichtlich der Versicherung der Medizinischen Evakuierung und Assistance sowie der Reisekosten haben die Bedingungen des Kapitels II Vorrang vor den Allgemeinen Bedingungen von Kapitel I.

Darüber hinaus haben die Besondere Bedingungen in jedem Fall Vorrang vor dem Allgemeinen Vertrag von **expatplus**®.

1.2. Zweck der Versicherung

Der **expatplus**® Versicherungsumfang besteht aus verschiedenen Leistungen, die eine soziale Absicherung für im Ausland Beschäftigte (Expatriates, nachfolgend Expats) schaffen sollen.

Basisversicherung

1. Internationale Krankenversicherung

Die Internationale Krankenversicherung erstattet bis zu den in den Bedingungen dieses Vertrages festgelegten Höchstgrenzen die angemessenen und üblichen Kosten für ambulante sowie stationäre medizinische Dienstleistungen, vorausgesetzt, dass diese Kosten aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder einer Schwangerschaft entstanden.

2. Medizinische Evakuierung und Assistance

Die Evakuierung und Rückführung aus medizinischen Gründen sind in der Basisversicherung enthalten.

Zusatzversicherungen

Personen mit einer **expatplus**® Basisversicherung können darüber hinaus auf freiwilliger Basis folgende Zusatzversicherungen beantragen:

3. Zahnmedizinische Versorgung

Personen mit einer **expatplus**® Basisversicherung können zusätzlich auch die zahnmedizinische Versorgung versichern.

4. Lebensversicherung

Diese Zusatzversicherung kann als Ergänzung zu einer **expatplus**® Basisversicherung abgeschlossen werden und sie sichert die Zahlung einer Pauschalsumme im Todesfall aus jeglichen Gründen.

5. Unfalltod und -Invalidität

Diese Versicherung kann ebenfalls als Ergänzung zu einer Basisversicherung abgeschlossen werden und sichert die Zahlung einer Pauschalsumme im Fall eines Unfalls mit Todesfolge oder einer durch einen Unfall resultierender Dauerinvalidität.

6. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Diese Versicherung kann zusätzlich zu einer Basisversicherung abgeschlossen werden und sichert die Zahlung eines Ersatzeinkommens für den Fall, dass die/der Versicherte aufgrund von Krankheit oder Unfall vorübergehend vollständig unfähig ist, ihre/seine Arbeit zu verrichten.

7. Dauerhafte Berufsunfähigkeit (aufgrund von Krankheit oder Unfall)

Diese Versicherung kann nur als Ergänzung zur Versicherung bei vorübergehende Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen werden und sichert die Zahlung einer monatlichen Unterstützung an die/den Versicherte(n) für den Fall, dass diese(r) aufgrund von Krankheit oder Unfall teilweise oder vollständig an der Ausübung ihrer/seiner Berufstätigkeit gehindert wird und dadurch ihr/sein Einkommen vollständig oder teilweise einbüßt.

8. Reiseversicherung

Diese Zusatzversicherung kann von den zu einer **expatplus**® Basisversicherung zugelassenen Versicherten abgeschlossen werden.

I-2. Definitionen in alphabetischer Reihenfolge

‘Allgemeinmediziner’ (Hausarzt)

Siehe die Definition von ‘Hausarzt’.

‘Ambulant’

Ambulante Pflege oder Behandlung ist die medizinische Behandlung, für die der Patient nicht über Nacht im Krankenhaus bleiben muss.

‘Ambulante Operation’

Chirurgischer Eingriff, für den die Nutzung eines herkömmlichen Operationssaales nötig ist und der an einem Tag durchgeführt wird, wobei der Patient am selben Tag aufgenommen und entlassen wird und nicht über Nacht bleibt.

‘Angehöriger’

Der gesetzliche Ehepartner (oder gesetzliche Partner) sowie die unverheirateten Kinder bis zum einunddreißigsten (31.) Dezember des Jahres, in dem das Kind achtundzwanzig (28) Jahre alt wird, die finanziell vom Expat abhängig sind.

‘Angemessen und üblich’

Medizinische Kosten werden als Angemessen und üblich angesehen, wenn sie den Kosten entsprechen, die üblicherweise für eine vergleichbare Leistung oder Lieferung entstehen, und wenn sie die normalen Kosten, die für eine solche Leistung oder Lieferung unter den bestmöglichen Bedingungen an dem Ort, an dem die Leistung oder Lieferung erbracht wird, berechnet werden, nicht überschreiten. Falls es wegen der ungewöhnlichen Natur der Leistung oder Lieferung nicht möglich ist, die üblichen und allgemein geltenden Kosten zu ermitteln, wird der Verwalter im Namen des Versicherers festlegen, in welchem Umfang die Kosten Angemessen und üblich sind, wobei folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- die Komplexität der Behandlung;
- das Ausmaß der erforderlichen Fachkenntnisse;
- und alle übrigen maßgeblichen Faktoren.

‘Arzt’ (auch ‘Mediziner’)

Eine Person, die einen Studienabschluss von einer anerkannten, im Verzeichnis der medizinischen Fakultäten der Weltgesundheitsorganisation aufgeführten medizinischen Hochschule besitzt und in dem Land, in dem die Behandlung verabreicht wird, berechtigt ist, Medizin zu praktizieren.

‘Assistanceanbieter’

Anbieter von medizinisch bedingter Evakuierung und Assistance.

‘Behandlung’ bzw. ‘medizinische Behandlung’

Durch einen Arzt ausgeführte medizinische Untersuchungen und/oder Verfahren, die zur Wiederherstellung der Gesundheit nötig sind.

‘Besondere Bedingungen’

Ein Schriftstück, das zusammen mit dem Versicherungsvertrag verfasst wird und folgende Angaben enthält:

- den Namen von Versicherungsnehmer und Versicherten

Personen;

- die gewählten Versicherungsoptionen und Versicherungsdauer;
- die Höhe der Versicherungsbeiträge;
- jedwede Einzelvereinbarung oder sonstige Abweichung von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

‘Chronische Erkrankungen’

Leiden, Erkrankungen, Krankheiten oder Verletzungen, die eine oder mehrere der folgenden Charakteristika aufweisen:

- Sie tritt wiederholt auf;
- Es gibt keine bekannte, allgemein anerkannte Heilmethode;
- Sie reagiert im Allgemeinen nicht gut auf Behandlung;
- Sie erfordert palliative Behandlung;
- Sie erfordert anhaltende Überwachung oder Kontrolle;
- Sie führt zu permanenter Erwerbsunfähigkeit.

‘Einkommen’

Der regelmäßig gezahlte Bruttoverdienst vor Abzug von Steuern, den die/der Versicherte zu Beginn des Versicherungsvertrages erhalten hat. Das Bruttoeinkommen beinhaltet keine Zulagen wie z.B. Firmen-PKW, Überstundenzuschläge, Tantiemen oder Spesen. Im Leistungsfall ist ein aussagekräftiger Einkommensnachweis vorzulegen. Das Bruttoeinkommen eines versicherten Selbständigen berechnet sich nach dem durchschnittlichen Bruttoeinkommen der letzten drei Jahre vor dem Eintritt des Versicherungsfalls.

‘Expat’ (im Ausland Beschäftigter)

Eine Person, die außerhalb ihres Heimatlandes lebt und/oder arbeitet.

‘Facharzt’

Ein Arzt, der über eine besondere Qualifikation oder Erfahrung in der Behandlung der behandelten Krankheit oder Verletzung verfügt.

‘Gastland’

Das Land, in das die/der Versicherte gemäß Angaben im Antragsformular ausgewandert ist.

‘Hausarzt’ (auch ‘Allgemeinmediziner’)

Ein Arzt, der medizinische Behandlungen leistet, für die keine Facharztausbildung nötig ist.

‘Heimatland’

Das Land, in dem die/der Versicherte lebt oder gelebt hat und aus dem der Wohnsitz in ein anderes Land (wie im Antragsformular angegeben) verlegt wird. Falls das Heimatland nach dieser Definition nicht benannt werden

kann, ist es das Land, dessen Nationalität und Ausweis die/der Versicherte besitzt.

‘Intensivstation’

Ein Bereich eines Krankenhauses, der vom Krankenhaus als Intensivstation betrieben wird und der vierundzwanzig (24) Stunden täglich zur Behandlung von Patienten in kritischem Zustand zur Verfügung steht. Dieser ist für besondere Pflege und medizinische Dienstleistungen ausgestattet, die andernorts im Krankenhaus nicht zur Verfügung stehen.

‘Invalidität’

Die dauernde Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheit, Unfall oder Gebrechen.

‘Jährliches Verlängerungsdatum’

Das jährliche Verlängerungsdatum ist identisch zum ursprünglichen Anfangsdatum des Vertrags.

‘Komplementärmediziner’

Ein qualifizierter Akupunkteur, Chiropraktiker, Homöopath oder Osteopath, der in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, die gesetzliche bzw. behördliche Zulassung besitzt, um ergänzende Heilmethoden zu praktizieren.

‘Krankheit’ (auch ‘Erkrankung’)

Ein Zustand, der von einem Arzt festgestellt wurde und von einer pathologischen Abweichung des normalen Gesundheitszustandes gekennzeichnet wird.

‘MA’

Mondial Assistance, der Assisteanbieter

‘Maximale jährliche Erstattung’

Erstattungsleistungen für Kosten, die zur Behandlung der/des Versicherten während der Versicherungsdauer entstehen, werden auf jährliche Höchstwerte festgelegt, wie sie in den Leistungstabellen festgelegt sind. Falls diese Obergrenzen überschritten werden, werden für den Rest des Versicherungsjahres keine Zahlungen mehr geleistet.

‘Mediziner’ (auch ‘Arzt’)

Siehe Definition von Arzt.

‘Medizinischer Notfall’

Eine Verletzung durch einen Unfall oder eine plötzliche und unerwartete Veränderung der körperlichen oder geistigen Verfassung einer Person, die, sofern nicht ein sofortiger Eingriff oder eine Behandlung durchgeführt wird, nach plausibler Auffassung des behandelnden Arztes zum Tod oder zum Verlust einer Gliedmaße oder zu einer erheblichen

Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder zu einer andauernden Funktionsstörung eines Körperteils führen könnte.

‘Medizinisch notwendige Leistungen’ sind:

- übereinstimmend mit der Diagnose und üblichen medizinischen Behandlung für eine versicherte Krankheit oder Verletzung;
- Übereinstimmung mit anerkannten Standards medizinischer Praxis, übereinstimmend mit gegenwärtigen Standards professioneller medizinischer Versorgung sowie mit nachweislichem medizinischem Nutzen;
- nicht lediglich zur Bequemlichkeit für den Versicherten oder den Mediziner sowie im Falle von stationären Patienten sinnvollerweise unmöglich ambulant durchzuführen;
- nicht von experimentellem, untersuchendem oder forschendem Charakter, nicht vorbeugender oder untersuchender Natur;
- von den Kosten her üblich und angemessen für diese Behandlung.

‘Operation’

Jede der folgenden medizinischen Methoden:

- Einschnitte, Entfernung oder Elektroherausbrennen irgendeines Organs oder Körperteils, sowohl invasiv als auch nicht-invasiv;
- Wiederherstellung, Korrektur oder Rekonstruktion irgendeines Organs oder Körperteils, sowohl invasiv als auch nicht-invasiv;
- Verringerung eines Knochenbruches oder einer Dislokation durch Manipulation;
- Einsatz von Endoskopie zum Entfernen eines Steines oder anderen Objektes aus Kehlkopf, Bronchien, Luftröhre, Speiseröhre, Magen, Darm, Gallenblase oder Harnröhre.

‘Selbstbeteiligung’

Der (erste) Teil der (erstattungsfähigen) medizinischen Kosten, der nicht vom Versicherer erstattet wird und von dem Betrag (der erstattungsfähigen medizinischen Kosten), anhand derer die Erstattung berechnet wird, abgezogen wird.

‘Standard-Privatzimmer’

Ein Zimmer mit einem Bett. Ein Standard-Privatzimmer ist die günstigste reguläre Art eines Privatzimmers in einem Krankenhaus.

‘Stationär’

Stationäre Pflege oder Behandlung ist eine solche, für die der Patient aus medizinischen Gründen über Nacht im Krankenhaus bleiben muss.

‘Tagesbetreuung’

Behandlung in einem Krankenhaus oder in einem medizinischen Tagesbetreuungszentrum, für die der Patient nicht über Nacht bleiben muss.

‘Unfall’

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die folgenden Ereignisse werden ebenfalls als Unfälle bewertet:

- der Versuch, gefährdete Personen oder Güter zu retten;
- das Einatmen von Gasen oder Dämpfen sowie die Aufnahme von giftigen oder ätzenden Substanzen;
- Verrenkungen, Zerrungen, Brüche oder muskuläre Verletzungen, die durch eine plötzliche Anstrengung hervorgerufen werden;
- Erfrierungen;
- Ertrinken.

‘Unfruchtbarkeitsbehandlung’

Die Behandlung von Unfruchtbarkeit (chirurgische Behandlung oder durch Anwendung von IVF-Verfahren) und alle notwendigen Untersuchungsverfahren, um die Ursache(n) der Unfruchtbarkeit (z.B. Hysterosalpingographie, Laparoskopie, Hysteroskopie) zu ermitteln.

‘Verletzung’

Allein durch Unfall hervorgerufene körperliche Verletzung.

‘Verschriebene Medikamente’

Medikamente/Arzneimittel, die nötig sind, um eine bestätigte medizinische Diagnose oder einen medizinischen Zustand zu behandeln, und die nicht ohne Verschreibung eines Arztes erhältlich sind (ausgenommen sind frei verkäufliche Arzneimittel).

‘Versicherungsjahr’

Eine zwölf (12) Monate dauernde Zeitspanne, die mit der effektiven Gültigkeit des Versicherungsvertrages beginnt.

‘Versicherungsnehmer’

Der Arbeitgeber oder das Individuum, das die Versicherung zugunsten der Versicherten Person(en) abschließt. Derjenige, der die entsprechenden Versicherungsbeiträge im Namen der Versicherten Person(en) an den Versicherer bezahlt. Der Name des Versicherungsnehmers ist in den Besonderen Bedingungen des Versicherungsvertrages aufgeführt.

‘Vertragsverlängerungsdatum’

Für Privatkunden ist dieses abhängig der gewählten Vertragsdauer. Für dreimonatliche Verträge sind das: der erste (1.) Januar, der erste (1.) April, der erste (1.) Juli und der erste (1.) Oktober. Für halbjährliche Verträge sind das: der erste (1.) Januar und der erste (1.) Juli. Für Jahresverträge ist das: der erste (1.) Januar. Für Gruppenverträge gilt die Definition des ‚Jährlichen Verlängerungsdatums‘ in den besonderen Bedingungen.

‘Verwalter’

Der Verwalter ist der Anspruchsbearbeiter und Versicherungsverwalter.

Vanbreda International NV,
Plantin en Moretuslei 299,
B-2140 Antwerpen, BELGIEN
oder P.O. Box 69, B-2140 Antwerpen, BELGIEN

‘Vorerkrankungen’

Medizinische oder ähnliche Zustände, für die Symptome im Laufe von fünf Jahren vor Versicherungsbeginn aufgetreten sind, unabhängig davon, ob eine medizinische Behandlung oder Konsultation erfolgt ist. Alle diese Zustände oder verwandte Zustände, die die/der Versicherte und ihre/ seine Angehörigen kennen, kannten oder von denen vernünftigerweise angenommen werden kann, dass diese bekannt waren, werden als Vorerkrankungen betrachtet.

‘Zahnarzt’ oder ‘Kieferchirurg’

Eine Person, die offiziell qualifiziert und berechtigt ist, in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, Zahnmedizin zu praktizieren.

‘Versicherer’

Die Versicherungsgesellschaft, die die durch die Versicherungstarife abgesicherten Risiken übernimmt.

‘Versicherte medizinische Kosten’

Medizinisch notwendige Ausgaben, die aufgrund einer versicherten Erkrankung, eines Unfalls oder einer Schwangerschaft anfallen, die aber die Beträge in der Leistungstabelle nicht überschreiten.

‘Versicherte Person’

Die Person(en), die über einen **expatplus**® Versicherungsvertrag versichert und deren/dessen Name(n) in den Besonderen Bedingungen aufgeführt ist/sind.

I-3. Berechtigung und Aufnahme in die Versicherung

3.1. Berechtigung

Die **expatplus**[®] Versicherungen stehen einzelnen Expats (Privatpersonen) und deren Angehörigen¹ offen, sowie Arbeitgebern, welche ihre Expats (und deren Angehörigen) absichern möchten, während sie im Ausland arbeitstätig sind.

Das Domizil des Vertrags muss in der europäischen Wirtschaftszone liegen (es geht also um die Adresse des Vertrags/der Police).

3.2. Aufnahme in die Versicherung

3.2.1. Einzelne Expats ('Einzelversicherung')

Ein medizinischer Fragebogen ist für jeden Antragsteller (einschließlich aller Angehörigen) auszufüllen und vom Antragsteller über den Verwalter dem medizinischen Berater (Arzt) des Versicherers vorzulegen. Der medizinische Berater kann den teilweisen oder gesamten Versicherungsausschluss (Ablehnung des Versicherungsschutzes) definieren oder in seinem Ermessen einen Zusatzbeitrag vorschlagen, um auf Risikoausschlüsse zu verzichten.

3.2.2. Angestellte Expats ('Gruppenversicherung')

Bei Pflichtmitgliedschaft über den Arbeitgeber und falls die Gruppe der registrierten Mitarbeiter zehn (10) oder mehr Mitglieder zählt, kann im Ermessen des Versicherers auf den medizinischen Fragebogen für die internationale Krankenversicherung verzichtet werden. In solchen Fällen erfolgt eine sofortige Aufnahme in vollem Umfang in die internationale Krankenversicherung (einschließlich der Medizinischen Evakuierung und Assistance sowie der Zahnmedizinischen Versorgung) sowohl der Arbeitnehmer wie aller Angehörigen. Unberührt bleibt hier die Entscheidungsvollmacht der Versicherers über einen Teil- oder Totalausschluss oder von der Erhebung von Risikozuschlägen für die optionalen Absicherungen Arbeits- und Berufsunfähigkeit, Unfallversicherung sowie der Lebensversicherung

Falls die Zahl der zu versichernden Arbeitnehmern niedriger als zehn (10) ist, so ist ein medizinischer Fragebogen für jeden Arbeitnehmer und für jeden Angehörigen auszufüllen und von der/m/n Antragsteller(in/n) dem medizinischen Berater (Arzt) des Verwalters vorzulegen. Der medizinische Berater kann den teilweisen oder gesamten Versicherungsausschluss definieren

oder in seinem Ermessen einen Zusatzbeitrag vorschlagen, um auf Risikoausschlüsse zu verzichten.

3.3. Erweiterung der Versicherung auf zusätzliche Angehörige

Die Mitversicherung von neugeborenen oder adoptierten Kindern ist möglich, vorausgesetzt, dass der Antrag innerhalb von zwei (2) Monaten nach der Geburt oder Adoption (eines minderjährigen Kindes) gestellt wird.

Falls der Antrag nicht innerhalb dieser zwei Monate gestellt wird, muss ein medizinischer Fragebogen ausgefüllt und an den medizinischen Berater des Verwalters gesendet werden. Der medizinische Berater kann einen zusätzlichen Beitrag, um auf Leistungsausschlüsse zu verzichten.

Beiträge für das neugeborene Kind müssen ab dem ersten (1.) Tag der Aufnahme in die Versicherung bezahlt werden.

3.4. Altersgrenze für die Aufnahme in die Versicherung

- Für einzelne Expats liegen die Altersgrenzen zur Aufnahmefähigkeit in die Versicherung bei mindestens achtzehn (18) bzw. maximal sechzig (60) Jahren.
- Für Arbeitnehmer, die durch ihre Arbeitgeber auf verbindlicher Basis versichert werden, gibt es keine Altersgrenze für die Aufnahme in die Basisversicherung.
- Für die Zusatzversicherungen gelten die für diese Versicherungen anwendbaren Bedingungen.

3.5. Wechsel der Basisversicherung oder Änderung des geografischen Geltungsbereichs

Eine Ab- oder Aufstockung des Leistungsniveaus ist möglich, allerdings nur am jährlichen Vertragsverlängerungsdatum. Im Fall einer Aufstockung muss der medizinische Fragebogen erneut ausgefüllt und unterzeichnet werden (falls zutreffend am Datum der Aufnahme in der Versicherung).

Eine Änderung des Leistungsniveaus muss wenigstens einen (1) Monat vor dem jährlichen Verlängerungsdatum des Vertrags beantragt werden.

Eine Änderung des geografischen Geltungsbereichs (Territorium) ist jederzeit in Abhängigkeit vom Aufnahmeland möglich. Es ist allerdings nicht möglich, lediglich für ein Quartal in Zone Weltweit zu wechseln, um in den USA oder Kanada medizinische Behandlung zu erhalten.

Eine Änderung des geografischen Geltungsbereichs ist wenigstens einen (1) Monat vor der Änderung des Gastlandes zu beantragen.

¹ Zur Definition von 'Abhängigen Angehörigen' siehe Art. I-2.; die Internationale Krankenversicherung (einschließlich die Medizinische Evakuierung und Assistance) sowie das Zahntarif stehen den Angehörigen des Expatriierten offen, nicht aber die 'Versicherung bei vorübergehende Arbeitsunfähigkeit' und die 'Versicherung bei Dauerhafte Berufsunfähigkeit'. Die Versicherung Unfalltod und – Invalidität und die Lebensversicherung können dagegen für den Ehepartner (oder den gesetzlichen Partner) und die abhängigen erwachsenen Kinder (d.h. älter als 18 Jahre) des Arbeitnehmers oder des individuellen Expat abgeschlossen werden, soweit diese Personen auch durch einen Haupttarif versichert sind.

Zum Erfüllen dieser Fristen ist es ausreichend, wenn Sie dem Verwalter Ihren Antrag über die Post, per E-Mail oder per Fax zukommen lassen.

3.6. Individuelle Fortsetzung

Falls sich ein angestellter Expat, der für mindestens sechs Monate innerhalb einer **expatplus**® Gruppenversicherung versichert war, dazu entscheidet, die Versicherung auf individueller Basis fortzuführen und den entsprechenden Antrag stellt, bevor der Versicherungsschutz durch die Gruppenversicherung endet, so muss kein neuer medizinischer Fragebogen ausgefüllt werden und es gelten keine Wartezeiten. Es gelten jedoch unvermindert die Art. I-3.4 und Art. I-3.5.

I-4. Beginn des Versicherungsschutzes

Die Gültigkeit der Versicherung beginnt an dem Folgetag, an dem der Verwalter:

- den ausgefüllten Versicherungsantrag akzeptiert;
- der medizinische Berater die/den Versicherungskandidatin/en zur Aufnahme in die Versicherung akzeptiert, falls eine solche medizinische Akzeptanz gemäß den spezifischen Berechtigungsvoraussetzungen und Akzeptanzregeln der jeweiligen Versicherungen notwendig sind, wie in den entsprechenden Kapiteln dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen niedergelegt.

Im Hinblick auf die Erweiterung der Versicherung auf zusätzliche Angehörige wird auf Art. I-3.3. verwiesen.

Die Versicherung tritt allerdings erst in Kraft, nachdem der erste Versicherungsbeitrag ordnungsgemäß beim Verwalter im Auftrag des Versicherers eingegangen ist.

I-5. Widerspruchsfrist

Die/er Versicherte hat eine Widerspruchsfrist von vierzehn (14) Kalendertagen, um ohne Begründung auf den Vertrag zu verzichten. Diese Frist fängt entweder am Tag des Abschlusses des Fernabsatzvertrags oder am Tag, an dem die/der Versicherte die Vertragsbedingungen erhält (falls dieses Datum später wäre). Die/der Versicherte bekommt in diesem Fall den schon bezahlten Beitrag erstattet, sofern sie/er noch keine Leistungsansprüche geltend gemacht hat.

Zum Erfüllen dieser Frist ist es ausreichend, wenn Sie dem Verwalter Ihren Antrag über die Post, per E-Mail oder per Fax zukommen lassen.

I-6. Laufzeit und Kündigung der Versicherung

6.1. Laufzeit und Verlängerung der Police

Soweit nichts anderes zwischen den beiden Parteien (dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer) vereinbart wurde, wird die Laufzeit der Versicherungspolice auf drei (3) Monate festgelegt, beginnend ab dem effektiven Datum des Versicherungsschutzes, wie im vorstehenden Art. I-4. dargelegt. Die Police wird nach Ablauf dieses Dreimonatszeitraums automatisch durch stillschweigende Vereinbarung um aufeinander folgende Zeiträume von jeweils drei (3) Monaten verlängert.

Fällt das effektive Startdatum des Vertrags nicht auf den ersten (1.) Tag eines Kalenderjahresquartals, so gilt als erster Verlängerungstermin der erste Tag des folgenden Kalenderjahresquartals.

6.2. Kündigung der Police

Die Police kann vom Versicherungsnehmer durch Mitteilung per Einschreiben, welche dem Versicherer wenigstens einen Monat vor dem Datum der Verlängerung der Police zugestellt wird, gekündigt werden.

Soweit nichts anderes zwischen den beiden Parteien (dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer) vereinbart wurde, führt die Kündigung einer oder mehrerer Zusatzversicherungen (Unfalltod und –Invalidität, Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, Dauerhafte Berufsunfähigkeitsversicherung, Zahnmedizinische Versorgung, Reiseversicherung und/oder Lebensversicherung) nicht automatisch zur Kündigung der Basisversicherung.

6.3. Risikoverschlechterung

Außer bei Veränderungen des Gesundheitszustandes der/des Versicherten, die nach der Aufnahme in die Versicherung eintreten, ist die/der Versicherte verpflichtet, den Verwalter von jeder Veränderung der Umstände oder Bedingungen, die das Krankheitsrisiko oder die Unfallgefahr (z.B. gefährliche berufliche Aktivität) erhöhen können, in Kenntnis zu setzen.

Der Versicherer kann innerhalb einer Frist von einem Monat, nachdem er über die Verschlechterung des Risikos informiert wurde, neue Versicherungsbedingungen vorschlagen oder den Versicherungsschutz innerhalb von einem Monat rückwirkend ab dem Zeitpunkt, an dem die Risikoverschlechterung begonnen hat, stornieren.

I-7. Ende der Versicherung

7.1. Für die/den Versicherte(n) endet die Versicherung gemäß dieser Police automatisch

- falls ein Versicherungsbeitrag nicht am vorgesehenen Termin oder innerhalb einer Nachfrist gezahlt wird;
- falls der Versicherte ein abhängiges Kind ist, am einunddreißigsten (31.) Dezember des Jahres, in dem das Kind achtundzwanzig (28) Jahre alt wird, oder wenn sie/er nicht länger ein Angehöriger ist oder am Tag der Heirat;
- falls der Angehörige ein Ehepartner oder gesetzlicher Partner ist, am Tag der Scheidung oder der gesetzlichen Trennung von der/dem Versicherten oder bei der Beendigung der gesetzlichen Partnerschaft;
- beim Tod der/des Versicherten.

7.2. Aussetzung des Versicherungsschutzes und Kündigung der Versicherung wegen nicht gezahlter Beiträge

Falls der Versicherungsnehmer den Versicherungsbeitrag nicht bei Fälligkeit zahlt, hat der Versicherer das Recht, den Versicherungsvertrag auszusetzen oder zu stornieren. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer zunächst durch eingeschriebenen Brief benachrichtigen und diesen an den Beitrag erinnern, der nicht bezahlt wurde, sowie ihn über die Folgen der Nichtzahlung informieren. Wird der Beitrag nicht innerhalb von fünfzehn (15) Tagen nach Zustellung oder Aufgabe des eingeschriebenen Briefs bei der Post bezahlt, wird der Versicherungsschutz automatisch ausgesetzt. Mit Zahlung der fälligen Beiträge durch den Versicherungsnehmer endet die Aussetzung des Versicherungsschutzes. Der Versicherer kann den Versicherungsvertrag während des Zeitraums der Aussetzung stornieren. In diesem Fall wird die Stornierung nach Ablauf des Zeitraums von fünfzehn (15) Tagen, beginnend ab dem ersten Tag der Aussetzung, wirksam. Leistungsansprüche, die während des Zeitraums der Aussetzung entstehen, sind nicht durch die Versicherung gedeckt.

I-8. Beitrag und Beitragserhöhung

8.1. Höhe und Zahlung des Versicherungsbeitrags

Die Höhe des Versicherungsbeitrags ist in den Besonderen Bedingungen angegeben. Der Beitrag muss vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich im Voraus vom Versicherungsnehmer über den Verwalter an den Versicherer gezahlt werden, falls nichts anderes zwischen sowohl Versicherungsnehmer als

auch Versicherer vereinbart wurde. Steuern und Gebühren, die sich aus geltenden Gesetzen ergeben, werden dem Versicherungsbeitrag hinzuaddiert und sind in voller Höhe vom Versicherungsnehmer zu zahlen.

Die Zahlungsfrequenz der Beiträge kann geändert werden:

- von vierteljährlich nach halbjährlich nach jährlich (Senkung der Frequenz) und zwar jeweils zum Vertragsverlängerungsdatum
- von jährlich nach halbjährlich nach vierteljährlich (Erhöhung der Frequenz) und zwar jeweils zum jährlichen Verlängerungsdatum

8.2. Beitragserhöhung

Erhöht der Versicherer den Versicherungsbeitrag, teilt er diese Erhöhung sowie das Datum, ab dem der neue Beitrag gültig sein wird, dem Versicherungsnehmer schriftlich mit, und zwar spätestens

- am fünfzehnten (15.) November des auslaufenden Kalenderjahres (für Privatkunden)
- zwei (2) Monate bevor dem jährlichen Verlängerungsdatum (für Geschäftskunden).

Der neue Versicherungsbeitrag wird wirksam:

- am ersten (1.) Januari des nächsten Kalenderjahres (für Privatkunden);
- am nächsten jährlichen Verlängerungsdatum (oder am oder nach dem ersten (1.) Januar des nächsten Kalenderjahres (für Geschäftskunden)).

Ist der Versicherungsnehmer nicht mit den neuen Beitragsbedingungen einverstanden, kann er/sie die Police durch Mitteilung an den Versicherer mit eingeschriebenem Brief, per E-Mail oder Fax kündigen. Eine Kündigung muss wenigstens fünfzehn (15) Tage vor dem Verlängerungsdatum der Police an den Versicherer oder den Verwalter zugestellt werden:

- vor dem fünfzehnten (15.) Dezember (für Privatkunden)
- wenigstens einen Monat vor dem Vertragsverlängerungsdatum (für Geschäftskunden)

Alternativ und ausschließlich für Privatkunden akzeptieren wir eine Ab- oder Aufstockung des Leistungsniveaus oder des geographischen Geltungsbereiches am ersten (1.) Januar 2011. Dieser außergewöhnliche Wechsel ist spätestens am dreißigsten (30.) November durch eine Mitteilung an den Versicherer mit eingeschriebenem Brief, per E-Mail oder Fax an den Versicherer oder den Verwalter zuzustellen.

Im Falle einer Beitragserhöhung wegen einer Änderung der Altersgruppe gibt es keine separate Benachrichtigung.

Die neuen Beiträge gelten ab dem nächsten Vertragsverlängerungsdatum.

Eine Vertragskündigung wegen einer Beitragserhöhung infolge einer Änderung der Altersgruppe ist nicht möglich.

I-9. Rückkehr in das Heimatland

Wenn die/der Versicherte in ihr/sein Heimatland zurückkehrt, um dort zu leben und/oder zu arbeiten, und dadurch der Zeitraum der Arbeit im Ausland endet, ist die/der Versicherte oder der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer (über den Verwalter) schriftlich das genaue Datum des Umzugs in das Heimatland anzuzeigen. Die Versicherung bleibt bis zum nächsten Verlängerungsdatum in Kraft und wird zu diesem Zeitpunkt automatisch gekündigt.

Der Versicherungsnehmer kann trotzdem verlangen – schriftlich und vor dem Kündigungstermin – den Versicherungsschutz für einen weiteren Dreimonatszeitraum (ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes) zu den Bedingungen, die am ersten Tag dieses zusätzlichen Dreimonatszeitraums herrschen, zu verlängern. Während dieses Zeitraums kann die/der Versicherte (oder der Versicherungsnehmer) die Aufnahme in ein lokales Sozialversicherungssystem beantragen oder eine andere private Versicherung abschließen.

Falls der Versicherer nicht vom Umzug in das Heimatland in Kenntnis gesetzt wird, führt das dazu, dass der Versicherer für die Dauer der Rückkehr der/des Versicherten in ihr/sein Heimatland keinen Versicherungsschutz gewährt.

I-10. Währung

Die **expatplus**® Versicherung kann in Euro, Britischen Pfund, US-Dollar oder Schweizer Franken abgeschlossen werden.

Die Wahl der Währung trifft der Versicherungsnehmer, bevor die Versicherung in Kraft tritt; sie kann nur zum jährlichen Verlängerungsdatum geändert werden. Ein Wechsel der Währung ist mindestens einen (1) Monat bevor dem jährlichen Verlängerungsdatum zu beantragen.

Je nach Angabe im Antragsformular können die Versicherungsbeiträge in Euro, Britischen Pfund, US-Dollar oder Schweizer Franken gezahlt werden, entsprechend der Währung, in der die Versicherung abgeschlossen wurde.

Falls medizinische Kosten in einer anderen Währung als der des Versicherungsvertrages anfallen, so erfolgt deren Umrechnung auf der Basis der tagesaktuellen Wechselkurse der Europäischen Zentralbank, die an dem Datum gelten, an dem die medizinische Leistung in Rechnung gestellt wurde.

Der Verwalter kann Arztrechnungen in einer anderen Währung (als der Währung des Versicherungsvertrags) und zwar in der ursprünglichen Währung begleichen, insbesondere im Fall der direkten Zahlung an Krankenhäuser, soweit dies nach der lokalen Gesetzgebung des betroffenen Landes zulässig ist.

I-11. Allgemeine Ausschlüsse

Der in dieser Police beschriebene Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf:

- Folgen einer freiwilligen oder vorsätzlichen Handlung, die von der/dem Versicherten oder ihren/seinen Angehörigen begangen wurde;
- Folgen der professionellen Ausübung eines Sportes, auch wenn es sich um einen sekundären Beruf handelt;
- Folgen gefährlicher Wettkämpfe;
 - Rugby;
 - Wintersportwettbewerbe und –Läufe;
 - Luftsportarten (außer Ballooning);
 - Großwildjagd (Inkl. Safari);
 - Speläologie und Höhlentauchen;
 - Alpinismus außerhalb der offiziellen Pfade;
 - Motorfahrzeugrennen auf Land und Wasser (außer nicht wettbewerbliche Aktivitäten wie Jetski (erholsam), Wasserski (erholsam) oder touristische Fahrten ohne zwingende Vorgaben der Zeit/Geschwindigkeit)
 - Rafting, Canyoning, Bungeejumping und ähnliche Sporte.
- Folgen von Aufständen oder Unruhen, wenn die/der Versicherte oder ihre/seine Angehörigen durch die Teilnahme hieran gegen geltende Gesetze verstoßen haben;
- Folgen von Streitereien, Raufereien und aller Art von Störungen sowie Maßnahmen, die zu ihrer Bekämpfung ergriffen werden, außer im Falle der Selbstverteidigung;
- Folgen der Vorbereitung oder der Teilnahme an Verbrechen oder Vergehen;
- Folgen von Drogenabhängigkeit und Alkoholismus;
- unmittelbare oder mittelbare Folgen einer Aktion im Zusammenhang mit dem, was üblicherweise als 'Kernenergieisiko' bezeichnet wird. Dieser Ausschluss gilt nicht für medizinische Strahlungen, die für eine durch die Versicherung leistungspflichtige medizinische Behandlung erforderlich sind;
- Ereignisse im Zusammenhang mit Wetten oder Herausforderungen;
- Kosten, die aus einem Wettkampf mit Motorfahrzeugen resultieren;
- Flugrisiko: Die Versicherung umfasst die Benutzung als Passagier aller ordnungsgemäß für den Personentransport zugelassenen Flugzeuge, Wasserflugzeuge oder

Hubschrauber ab, solange die/der Versicherte kein Mitglied der Crew ist und während des Flugs keine berufliche oder sonstige Aktivität im Zusammenhang mit dem Flugzeug oder dem Flug ausübt. Dieser Ausschluss ist nicht gültig für die Internationale Krankenversicherung und die Versicherung 'Zahnmedizinische Versorgung';

- Kriegsfolgen oder Folgen von Kriegshandlungen und Terrorismus in dem im nachstehenden Art. I-12. angegebenen Umfang, mit Ausnahme der medizinischen und der Zahnkosten.

Wichtiger Hinweis

Für die zusätzlichen spezifischen Ausschlüsse im Zusammenhang mit jedem separaten Versicherungsschutz des **expatplus**® Versicherungsprogramms wird ausdrücklich auf die Bestimmungen verwiesen, die für die verschiedenen Arten des Versicherungsschutzes typisch sind (siehe nachstehendes Kapitel II).

I-12. Krieg und Terrorismus

Krieg und Terrorismus werden wie folgt definiert:

12.1. Definitionen

'Krieg'

- Ein bewaffneter Konflikt, erklärt oder nicht erklärt, zwischen zwei Staaten, eine Invasion oder ein Belagerungszustand.
- Ebenso als Kriegsakt angesehen werden alle ähnlichen Aktionen eines souveränen Staates unter Einsatz militärischer Kräfte, um bestimmte ökonomische, geografische, nationalistische, politische, rassische oder sonstige Ziele zu erreichen.
- Bürgerkrieg: ein bewaffneter Konflikt zwischen zwei oder mehr Parteien, die zum selben Staat gehören, deren Mitglieder verschiedener ethnischer Ursprünge, Religion oder Ideologie sind.
- Als Bürgerkrieg werden ebenso folgende Aktionen angesehen: eine bewaffnete Rebellion, eine Revolution, eine Aufwiegelung, ein Aufstand, ein Staatsstreich, die Folgen von Kriegsrecht und Grenzschließungen, die von einer Regierung oder lokalen Behörden angeordnet werden.

'Terrorismus'

- Jeder tatsächliche oder angedrohte Einsatz von Kraft oder Gewalt, der auf Schäden, Verletzungen oder Störungen gerichtet ist oder solche verursacht;
- Die Begehung einer Handlung, die für das menschliche Leben oder für das Eigentum gefährlich ist, gegen eine Person, Eigentum oder Regierung gerichtet ist mit dem erklärten oder unerklärten Ziel, ökonomische, ethnische,

nationalistische, politische, rassische oder religiöse Interessen zu verfolgen, unabhängig davon, ob solche Interessen erklärt wurden oder nicht;

- Überfälle oder sonstige kriminelle Handlungen, die in erster Linie für den persönlichen Gewinn begangen werden, und Handlungen, die sich in erster Linie aus früheren persönlichen Beziehungen zwischen Täter(n) und Opfer(n) ergeben, werden nicht als terroristische Handlungen angesehen.
- Terrorismus schließt jede Handlung ein, die von der (jeweiligen) Regierung als terroristische Handlung bestätigt oder anerkannt wird.

12.2. Beschreibung der Versicherungsleistungen

Wegen der Risiken und Folgen von Krieg und Terrorismus sind alle Folgen der aktiven Beteiligung der/des Versicherten (und/oder ihrer/seiner Angehörigen) an Kriegs- und Terroroperationen ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Falls die/der Versicherte Opfer von Kriegs- und Terrorhandlungen ohne aktive Beteiligung der/des Versicherten und/oder ihrer/seiner Angehörigen an diesen Aktivitäten wird, ist die/der Versicherte innerhalb der Obergrenzen und Höchstbeträge des Versicherungsschutzes durch die Versicherung versichert.

Der Versicherungsschutz gilt jedoch nicht, wenn die/der Versicherte (oder versicherte Angehörige) in ein Land oder in eine Region gereist oder aus einem Land oder aus einer Region abgereist ist oder hier wohnhaft war, von dem allgemein bekannt war, dass es oder sie sich zu dem Zeitpunkt, in dem die/der Versicherte oder ihre/seine versicherten Angehörigen Schäden (Körperverletzungen oder Tod) erlitten haben, im Kriegs- oder Bürgerkriegszustand befand. Im Falle einer Meinungsverschiedenheit darüber, ob von einem bestimmten Land bekannt ist, dass es sich im Kriegs- oder im Bürgerkriegszustand befindet, ist die Liste der Länder (oder Regionen) maßgeblich, für die das britische Außenministerium (UK Foreign and Commonwealth Office FCO) auf seiner offiziellen Webseite (www.fco.gov.uk) von Reisen abrät (Kennzeichnung: 'against all travel in diesen Ländern/Regionen dieser Länder' – von Reisen wird dringend abgeraten).

Falls die/der Versicherte im Ausland durch das plötzliche Auftreten eines neuen Krieges (Kriegsausbruchs) oder durch kriegsähnliche Situationen und Handlungen überrascht wird, bleibt der Versicherungsschutz vierzehn (14) Tage lang wirksam, beginnend ab dem Ausbruch der Feindseligkeiten.

I-13. Datenschutz

Der Versicherungsvertrag unterliegt dem belgischen Gesetz über den Datenschutz von 1992. Dieses Gesetz gilt im Zusammenhang mit allen persönlichen Daten, die in Verbindung mit diesem Versicherungsvertrag verarbeitet werden. Der Versicherer und der Verwalter garantieren ausreichende technische und organisatorische Maßnahmen zur Sicherung jeglicher durchzuführender Datenverarbeitung. Sie ergreifen zu diesem Zweck technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz vor unerlaubter oder unrechtmäßiger Verarbeitung sowie vor zufälligem Verlust oder zufälliger Zerstörung oder Beschädigung solcher Daten. Folgende Verpflichtungen werden eingehalten:

- Die persönlichen Daten werden ausschließlich für die Ausführung des vorliegenden Versicherungsvertrags und für die Zwecke, zu denen sie dem Versicherer und dem Verwalter übertragen wurden, verarbeitet;
- Es wird dafür gesorgt, dass der Zugang zu den Daten und die Möglichkeiten der Verarbeitung für die Personen, die unter ihrer Aufsicht handeln, auf das für die Erfüllung ihrer Aufgaben und für die Anforderungen der Dienstleistung, die Gegenstand des vorliegenden Versicherungsvertrags ist, erforderliche Maß beschränkt sind;
- Persönliche Daten werden Dritten gegenüber nur in dem Umfang offengelegt, wie diese Offenlegung für die Erfüllung der durch den Versicherungsvertrag gedeckten Dienstleistungen erforderlich ist.

I-14. Forderungsübergang

Für alle Leistungen, die im Rahmen dieses Versicherungsvertrags bezahlt werden, besitzt der Versicherer das uneingeschränkte Recht der Forderungsabtretung.

Daher ist die/der Versicherte, wenn sie/er aufgefordert wird, dieses Recht dem Versicherer zu bestätigen, um den Versicherer darin zu unterstützen, von einer dritten Partei einen Betrag, der vom Versicherer an die/den Versicherte(n) bezahlt wurde oder bezahlt wird, oder Auslagen zurückzufordern, die im Namen der/des Versicherten geleistet wurden, verpflichtet, diese Bestätigung dem Versicherer schriftlich zur Verfügung zu stellen.

I-15. Einlassung

Jede sich aus dem Versicherungsvertrag ergebende Einlassung, die der Versicherer gegen den Versicherungsnehmer geltend machen kann, kann auch gegen die/den Versicherten vorgebracht werden, unabhängig davon, um wen es sich dabei handelt.

I-16. Beschwerdeverfahren

Hat eine/ein Versicherte(r) eine Beschwerde bezüglich des Service vorzubringen, die sie/er gemäß diesem Versicherungsvertrag erhält, so steht das folgende Verfahren zur Klärung der Situation zur Verfügung:

- Zunächst sollte sich die/der Versicherte schriftlich an den Leiter („Head“) der Leistungsabteilung des Verwalters wenden:
Vanbreda International, P.O. Box 69, B-2140 Antwerpen, BELGIEN
- Falls sie/er dann noch immer nicht zufrieden ist, kann die/der Versicherte sich schriftlich an den geschäftsführenden Direktor des Verwalters wenden:
Chief Executive Officer, Vanbreda International, P.O. Box 69, B-2140 Antwerpen, BELGIEN

Im Falle einer Meinungsverschiedenheit mit dem Versicherer oder dem Versicherungsvermittler wird der Ombudsmann sich für eine freundliche Abwicklung einsetzen.

Anschrift:

Ombudsman van de verzekeringen
de Meeûsquare 35
B-1000 Brussel, BELGIEN
Fax + 32 2 547 59 75
info@ombudsman.as

I-17. Geltendes Recht

Dieser Versicherungsvertrag wird nach belgischem Recht ausgestellt und unterliegt belgischem Recht.

BASISVERSICHERUNG

II-1. Internationale Krankenversicherung

Alle Leistungen verstehen sich je versicherte Person und pro Versicherungsjahr (es sei denn anders angegeben).

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Maximale Erstattung je versicherte Person pro Versicherungsjahr	€ 1.000.000 £ 650.000 \$ 1.250.000 CHF 1.500.000	€ 1.500.000 £ 1.000.000 \$ 1.875.000 CHF 2.250.000	€ 3.000.000 £ 2.000.000 \$ 3.750.000 CHF 4.500.000
Geltungsbereich	Weltweit Weltweit außer in den USA und Kanada ¹		
Selbstbeteiligung für ambulante Behandlung je Versicherten pro Versicherungsjahr	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450 € 500 - £ 325 - \$ 625 - CHF 750 € 1.000 - £ 650 - \$ 1.250 - CHF 1.500
1. Stationäre Behandlung (ambulante Operationen und über Nacht)			
Allgemeiner Pflegesatz (Kostenübernahme erforderlich)	100% Zweibettzimmer oder 80% Einzelzimmer	100% Einzelzimmer	100% Einzelzimmer
Ärztliche Leistungen (Chirurg, Anästhesist)	100%	100%	100%
Andere medizinische Leistungen (Röntgen, Medizin, Kleidung, OP Einrichtungen)	100%	100%	100%
Intensivpflegestation	100%	100%	100%
Genesung und Rehabilitation (wenn die Aufnahme direkt nach einer stat. Behandlung erfolgt)	Nicht versichert	Nicht versichert	100% (max. 28 Tage)
Übernachtung eines Elternteils bei Kindern < 16 Jahren	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250
2. Ambulante Behandlung			
Arzthonorare (Allgemeinmediziner, Spezialisten)	80%	90%	100%
Diagnostetests, Laboruntersuchungen, visuelle Diagnose (Röntgen, MRT und CT)	80%	90%	100%
Verschreibungspflichtige Medikamente	80%	90%	100%
Physiotherapie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Vorsorgeuntersuchungen/Behandlungen • Ärztliche Untersuchungen (Checkup) • Sehtest • Mammografie • Pap-Test • PSA-Test	100% max. € 600 100% max. £ 400 100% max. \$ 750 100% max. CHF 900	100% max. € 800 100% max. £ 535 100% max. \$ 1.000 100% max. CHF 1.200	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500
Impfungen	100% max. € 200 100% max. £ 130 100% max. \$ 250 100% max. CHF 300	100% max. € 400 100% max. £ 270 100% max. \$ 500 100% max. CHF 600	100% max. € 600 100% max. £ 400 100% max. \$ 750 100% max. CHF 900
Alternative Medizin wie Homöopathie, Akupunktur, Chiropraktiker und Osteopathie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Therapien • Ergotherapie • Logopädie und Sprachtherapie • Psychotherapeutische Behandlung	Nicht versichert	50% max. € 1.000 50% max. £ 650 50% max. \$ 1.250 50% max. CHF 1.500	50% max. € 2.000 50% max. £ 1.300 50% max. \$ 2.500 50% max. CHF 3.000

² Unfall- oder Notfallbehandlungen in den USA und Kanada sind versichert bei kurzfristigen Aufenthalten, max. 90 Tage im Kalenderjahr.

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
3. Weitere medizinische Behandlungen			
Mutterschaft (10 Monate Wartezeit) ²			
<ul style="list-style-type: none"> Schwangerschaft 	Erstattung analog der Art der Ambulanten Behandlung	Erstattung analog der Art der Ambulanten Behandlung	Erstattung analog der Art der Ambulanten Behandlung
<ul style="list-style-type: none"> Kinderwunschbehandlung und Sterilisation (IVF, ICIS, AI und alle ähnlichen Behandlungsmethoden) (Grenze nach Alter) 	Nicht versichert	Nicht versichert	100% max. € 16.800 (4x € 4.200) 100% max. £ 11.200 (4x £ 2.800) 100% max. \$ 21.000 (4x \$ 5.250) 100% max. CHF 25.200 (4x CHF 6.300)
<ul style="list-style-type: none"> Geburt (ohne Komplikationen) 	80% max. € 5.000 80% max. £ 3.250 80% max. \$ 6.250 80% max. CHF 7.500 (100% falls häusliche Entbindung)	100% max. € 7.500 100% max. £ 5.000 100% max. \$ 9.375 100% max. CHF 11.250	100% max. € 10.000 100% max. £ 6.500 100% max. \$ 12.500 100% max. CHF 15.000
<ul style="list-style-type: none"> Geburt (mit Komplikationen) 	sehen Sie 1. Stationäre Behandlung	sehen Sie 1. Stationäre Behandlung	sehen Sie 1. Stationäre Behandlung
Krebsbehandlung (außer experimentelle Behandlungen)			
<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Behandlung und Strahlentherapie oder Chemotherapie 	100%	100%	100%
<ul style="list-style-type: none"> Andere Kosten 	sehen Sie 2. Ambulanten Behandlung	sehen Sie 2. Ambulanten Behandlung	sehen Sie 2. Ambulanten Behandlung
Chronische und bestehende Erkrankungen ³	Versichert	Versichert	Versichert
AIDS / HIV Behandlung			
<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Behandlung 	100%	100%	100%
<ul style="list-style-type: none"> Ambulante Behandlung 	80%	90%	100%
Häusliche Pflege	80% max. € 160 /Tag 80% max. £ 110 /Tag 80% max. \$ 200 /Tag 80% max. CHF 240 /Tag (max. 60 Tage)	90% max. € 180 /Tag 90% max. £ 120 /Tag 90% max. \$ 225 /Tag 90% max. CHF 270 /Tag (max. 60 Tage)	100% max. € 200 /Tag 100% max. £ 135 /Tag 100% max. \$ 250 /Tag 100% max. CHF 300 /Tag (max. 100 Tage)
Organtransplantation (ohne Kostenerstattung für den Spender – vorherige Zusage erforderlich)	100% max. € 100.000 100% max. £ 65.000 100% max. \$ 125.000 100% max. CHF 150.000	100% max. € 125.000 100% max. £ 83.500 100% max. \$ 156.250 100% max. CHF 187.500	100% max. € 150.000 100% max. £ 100.000 100% max. \$ 187.500 100% max. CHF 225.000
Dialyse bei Nierenleiden (außer experimentelle Behandlungen)	100%	100%	100%
Krankenwagen (zum nächstgelegenen Krankenhaus)	100% max. € 1.500 100% max. £ 975 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 3.000 100% max. £ 1.950 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500	100% max. € 4.500 100% max. £ 3.000 100% max. \$ 5.625 100% max. CHF 6.750
Unfallbedingte Zahnbehandlung			
<ul style="list-style-type: none"> Notfallzahnbehandlung 	100% max. € 750 100% max. £ 500 100% max. \$ 950 100% max. CHF 1.125	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500	100% max. € 1.250 100% max. £ 850 100% max. \$ 1.575 100% max. CHF 1.875
<ul style="list-style-type: none"> Zahnmedizinische Chirurgie 	100% max. € 2.000 100% max. £ 1.300 100% max. \$ 2.500 100% max. CHF 3.000	100% max. € 2.500 100% max. £ 1.625 100% max. \$ 3.125 100% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Psychotherapeutische Behandlung			
<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Behandlung 	Nicht versichert	90% max. € 10.000 90% max. £ 6.500 90% max. \$ 12.500 90% max. CHF 15.000	100% max. € 20.000 100% max. £ 13.500 100% max. \$ 25.000 100% max. CHF 30.000
<ul style="list-style-type: none"> Ambulante Behandlung 	sehen Sie 2. Ambulante Behandlung; Therapien	sehen Sie 2. Ambulante Behandlung; Therapien	sehen Sie 2. Ambulante Behandlung; Therapien

³ Für Einzelpersonen und kleinere Gruppen für die auf eine Risikoprüfung verzichtet wird.

⁴ Die Antragsannahme hängt von den Angaben im medizinischen Fragebogen und der Zustimmung des medizinischen Beraters ab. Bestehende und chronische Erkrankungen sind dann versichert, wenn der medizinischen Berater bei der Antragstellung zustimmt. Für Unternehmen mit mindestens 10 versicherten Mitarbeitern können wir auf eine Risikoprüfung verzichten.

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Sehhilfen (Brillengläser, Fassung, Kontaktlinsen)	80% max. € 100 80% max. £ 65 80% max. \$ 125 80% max. CHF 150	90% max. € 200 90% max. £ 135 90% max. \$ 250 90% max. CHF 300	100% max. € 300 100% max. £ 200 100% max. \$ 375 100% max. CHF 450
Hilfsmittel (Hörgeräte und künstliche Gliedmaßen)	80% max. € 1.500 80% max. £ 1.000 80% max. \$ 1.875 80% max. CHF 2.250	90% max. € 2.500 90% max. £ 1.650 90% max. \$ 3.125 90% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Palliativmedizin	80% max. € 40.000 80% max. £ 26.600 80% max. \$ 50.000 80% max. CHF 60.000	90% max. € 45.000 90% max. £ 30.000 90% max. \$ 56.000 90% max. CHF 67.000	100% max. € 50.000 100% max. £ 33.300 100% max. \$ 62.500 100% max. CHF 75.000

1.1. Versicherungszweck

Die Internationale Krankenversicherung erstattet – bis zu den in den Allgemeinen Bedingungen definierten Obergrenzen – die angemessenen und üblichen Kosten sowohl für ambulante als auch für stationäre medizinische Leistungen, unter der Voraussetzung, dass diese Ausgaben durch Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft angefallen sind.

1.2. Berechtigung und Aufnahme in die Versicherung

Bezüglich der Berechtigung und Aufnahme in die Versicherung wird auf die in Art. I-3. der Allgemeinen Vertragsbestimmungen dargelegten Bedingungen verwiesen.

1.3. Umfänge der Internationalen Krankenversicherung

Es gibt drei unterschiedliche Tarifstufen der Basisversicherung:

- Globe;
- Orbit;
- Universe.

Der vom Versicherungsnehmer gewählte Tarif ist in den besonderen Bedingungen des Versicherungsvertrags angegeben. Jeder Tarif entspricht einem unterschiedlichen Leistungsniveau, deren Einzelheiten in der oben stehenden Leistungstabelle aufgeführt sind. Für Veränderungen des Versicherungsumfangs verweisen wir auf Art. I-3.5.

1.4. Geografischer Geltungsbereich der Versicherung

Der Versicherungsnehmer kann zwischen zwei geografischen Bereichen des Versicherungsschutzes wählen:

- Weltweiter Versicherungsschutz;
- Weltweiter Versicherungsschutz mit Ausnahme der medizinischen Kosten, die in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) und in Kanada anfallen. Während Geschäfts- oder Urlaubsreisen, die insgesamt pro Versicherungsjahr nicht neunzig (90) Tage überschreiten, sind die in den USA und in Kanada als unmittelbare Folge eines Unfalls oder eines medizinischen Notfalls

anfallenden medizinischen Kosten jedoch im Rahmen der Höchstsummen des Versicherungsvertrages gedeckt. Falls der betreffende medizinische Zustand bereits vor der Reise in die USA oder nach Kanada bestand oder Zweck der Reise war, sind die medizinischen Kosten nicht versichert. Ausgaben im Zusammenhang mit Schwangerschaft (und Schwangerschaftskomplikationen) und/oder der Entbindung werden nicht als Unfall- oder Notfallausgaben angesehen und sind daher nicht versichert.

1.5. Leistungen

1.5.1. Definitionen

Wir verweisen auf Art. I-2.

1.5.2. Leistungsbeschreibung

Die erstattungsfähigen medizinischen Kosten, die gleichzeitig Gegenstand der in diesem Versicherungsvertrag angegebenen Ausschlüsse, Obergrenzen und Höchstbeträge sind, sind in der vorstehenden Leistungstabelle aufgeführt.

Die Internationale Krankenversicherung erstattet die in Frage kommenden Angemessenen und üblichen Kosten sowohl für ambulante als auch für stationäre medizinische Leistungen unter der Voraussetzung, dass diese Ausgaben durch Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft angefallen sind. Damit diese erstattet werden können, müssen Behandlungen und Verfahren darüber hinaus medizinisch notwendig und angemessen sein (mit der von einem Arzt aufgestellten Diagnose übereinstimmen). Sie müssen von einem Arzt verschrieben und von einem Arzt oder einem gesetzlich qualifizierten und ordnungsgemäß zugelassenen praktischen Mediziner durchgeführt werden.

Die Erstattungsgrenzen (d.h. der Höchstbetrag der Erstattung) für bestimmte Arten von medizinischen Leistungen gelten – soweit nichts anderes in der Leistungstabelle angegeben ist – je Versicherter/m und je Versicherungsjahr. Das bedeutet, dass jeder Höchstbetrag für einen zwölfmonatigen ununterbrochenen Versicherungsschutz gilt, der mit dem effektiven Datum des Versicherungsschutzes der/des Versicherten beginnt.

1.5.2.1 Stationäre Behandlungen

Eine vorhergehende Bestätigung gemäß Art. II-1.6. ist außer in Notfällen stets erforderlich. Wird die vorherige Zusage nicht eingeholt, führt das zu einer Reduzierung der Kostenerstattung um fünfundzwanzig (25)%.

Krankenhausunterbringung und -verpflegung

Die Erstattung der angemessenen und üblichen Gebühren, die für die Unterbringung und Mahlzeiten entstehen.

Die Höhe der Leistung entspricht den tatsächlichen Gebühren, die vom Krankenhaus während des Aufenthalts des Versicherten berechnet werden, überschreitet aber keinesfalls die Höhe der Gebühren für ein Standard-Privatzimmer für einen Tag.

Intensivstation

Die Kostenerstattung der angemessenen und üblichen Gebühren, die für die tatsächliche Unterbringung und Verpflegung während des Aufenthalts der/des Versicherten als stationärer Patient in der Intensivstation des Krankenhauses anfallen. Diese Leistung ist in Höhe der tatsächlich vom Krankenhaus berechneten, angemessenen und üblichen Gebühren zahlbar.

Für die Zeit der täglichen Intensivstation-Leistung werden keine zusätzlichen Leistungen für Krankenzimmer und Verpflegung bezahlt.

Arzthonorare

- Operationsgebühren

Kostenerstattung der angemessenen und üblichen Entgelte für eine Operation durch einen Facharzt innerhalb des in der Leistungsübersicht angegebenen Maximums.

-Anästhesiegebühren

Kostenerstattung der angemessenen und üblichen Entgelte für die Anästhesie, die die in der Leistungsübersicht angegebenen Grenzen nicht überschreiten.

Andere medizinische Kosten

-Operationssaal

Kostenerstattung der angemessenen und üblichen Gebühren für Operationssaal und Aufwachstation, die bei einer Operation anfallen.

-Bedarfmittel und Dienstleistungen

Erstattung der angemessenen und üblichen Kosten, die tatsächlich für medizinische notwendige allgemeine Pflege, verschriebene und konsumierte Arzneimittel und Medikamente, Verbandmaterial, Schienen, Gipsverbände, medizinische Bildgebung (Röntgen, CT, MRI usw.), medizinische Hilfsmittel, Laboruntersuchungen, Elektrokardiogramme, Physiotherapie, logopädische Behandlungen, Sprach-, Beschäftigungs- und Ergotherapie anfallen.

Unterbringung der Eltern

Kostenerstattung bis zu den in der Leistungsübersicht festgelegten Grenzen für Mahlzeiten und Unterbringung zur Begleitung eines versicherten, unterhaltsberechtigten Kindes unter sechzehn (16) Jahren während des stationären Aufenthalts.

Krankenhaustagegeld

Das Krankenhaustagegeld ist die tägliche Zulage, wenn Zimmer, Verpflegung und Behandlung kostenfrei erhalten wurden. Das Krankenhaustagegeld beträgt fünfundsiebzig (75) Euro/fünfundzig (50) Britische Pfund/dreiundneunzig, fünfundsiebzig (93,75) US-Dollar/einhundertzweifel, fünfzig (112,50) Schweizer Franken (im Tarif 'Globe'), bzw. einhundert (100) Euro/fünfundsechzig (65) Britische Pfund/einhundertfünfundzwanzig (125) US-Dollar/einhundertfünfzig (150) Schweizer Franken (Tarif 'Orbit' und 'Universe') für jede Nacht und wird maximal für sechzig (60) Nächte gezahlt.

Genesungszeit und Rehabilitation

Die Genesungs- und Rehabilitationsruhe bzw. -pflege (in einem anerkannten Zentrum, und wenn die Aufnahme medizinisch begründet ist) ist versichert, wenn die Aufnahme unmittelbar (innerhalb von fünf Tagen) nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheit, Unfall oder Operation erfolgt und die maximale Dauer von achtundzwanzig (28) Tagen nicht überschreitet.

1.5.2.2 Ambulante Behandlungen

Diese Leistung gewährleistet die Erstattung der tatsächlichen Kosten, die für eine ambulante Behandlung angefallen sind, gemäß der in der Leistungsübersicht angegebenen Untergrenze.

Arzthonorare

Konsultationen bei einem gesetzlich eingetragenen Allgemeinmediziner, Familienarzt oder Facharzt aufgrund allgemeiner Krankheiten und körperlicher Verletzungen, wenn keine Krankenhausaufnahme erforderlich ist.

Diagnostische Tests

Kostenerstattung der angemessenen und üblichen Gebühren für medizinisch notwendige Untersuchungen (EKG, Röntgenaufnahmen, Laboruntersuchungen usw.), in der Höhe des in der Leistungstabelle angegebenen Betrages, die zu diagnostischen Zwecken aufgrund einer Verletzung oder Krankheit durchgeführt werden und von einem qualifizierten Arzt verschrieben wurden.

Verschreibungspflichtige Medikamente/Arzneimittel

Nur Kosten für Arzneimittel, die von einem Arzt verschrieben werden und ohne Verschreibung nicht erhältlich sind, können erstattet werden. Frei erhältliche (OTC)

Medikamente, Lifestyle-Produkte, Diätprodukte, Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel usw. kommen für eine Rückerstattung nicht in Frage. Für Impfstoffe gelten die besonderen Bestimmungen der Leistung ‚Impfungen‘.

Präventive Behandlungen und Wellness-Leistungen

Folgende Leistungen sind versichert:

- Säuglingspflege;
- für Erwachsene eine medizinische (Vorsorge-) Untersuchung pro Versicherungsjahr;
- ein routinemäßiger Sehtest pro Versicherungsjahr;
- eine (beidseitige) Mammografie pro Versicherungsjahr (für versicherte Frauen ab dem Alter von fünfunddreißig (35) Jahren);
- ein PAP-Abstrich pro Versicherungsjahr (für versicherte Frauen ab dem Alter von fünfunddreißig (35) Jahren);
- ein PSA-Test pro Versicherungsjahr (für versicherte Männer ab dem Alter von fünfzig (50) Jahren).
- Impfungen (Erwachsene und Kinder):
- Impfungen zu Reisezwecken;
- präventive Impfungen und Immunisierungen für junge Kinder.

Physiotherapie

Von einem Arzt verschriebene Physiotherapie, einschließlich Mensendieck-Physiotherapie, ist unter der Voraussetzung versichert, dass die notwendige medizinische Verschreibung ausdrücklich die Notwendigkeit dieser spezifischen Form der Physiotherapie erwähnt und wenn der Leistungsanbieter ein zertifizierter Physiotherapeut ist.

Behandlungen durch Komplementärmediziner

- Chiropraxis;
- Osteopathie;
- Akupunktur;
- Homöopathie.

Diese Behandlungen müssen von einem Arzt verschrieben werden.

1.5.2.3 Weitere medizinische Behandlungen

Kostenerstattung der tatsächlich angefallenen Ausgaben gemäß den angegebenen jährlichen Limits pro Versicherte/er pro Versicherungsjahr für:

Schwangerschaft

Erstattung der Kosten analog zur ambulanten Behandlung.

Geburt

Die Leistungssumme beinhaltet die Kostenerstattung für Arzthonorare, Krankenhausunterbringung, andere verwandte medizinische Kosten, die während des Krankenhausaufenthalts anfallen. Ein ‚nicht medizinisch notwendiger‘ Kaiserschnitt ist von der Leistungspflicht ausgeschlossen. Ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt oder eine mit Komplikationen verbundene Entbindung wird jedoch im Rahmen der stationären Behandlung erstattet.

Unfruchtbarkeitsbehandlung

-Unfruchtbarkeitsdiagnose

Untersuchungsmaßnahmen, die zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit erforderlich sind.

-Unfruchtbarkeitsbehandlung

Die Ausgaben zur Behandlung der Unfruchtbarkeit sind als ambulante oder stationäre Ausgaben versichert, abhängig von folgenden Voraussetzungen:

- Es muss sich um eine primäre Unfruchtbarkeit handeln;
- maximal vier Versuche pro Versicherter sind gedeckt;
- maximale Erstattung 4.200 EUR/2.800 GBP /5.250 USD/6.300 CHF pro Versuch;
- Höchstalter der Versicherten sind vierzig (40) Jahre;
- die Ausgaben für die Sperma-/Eizellenspende sind nicht versichert;
- die Ausgaben für eine Leihmutter sind nicht versichert;
- die vorherige Genehmigung durch den medizinischen Berater des Versicherers muss eingeholt werden.

-Ausgaben für Sterilisation

Eine Sterilisation pro Versicherter/m einmal im Leben.

-Begrenzung

Für Ausgaben für künstliche Befruchtung und andere ähnliche Behandlungen gibt es keine Obergrenze für die Anzahl der Versuche.

-Wartezeiten

Es gibt eine Wartezeit von zehn Monaten für alle medizinischen Kosten, die mit einer Schwangerschaft, Geburt oder Unfruchtbarkeitsbehandlung verbunden sind. Das bedeutet, dass nur Ausgaben, die ab dem elften Monat nach der Aufnahme durch die Versicherung für eine Kostenerstattung in Frage kommen. Diese Wartezeit kann für Gruppenverträge aufgehoben werden. Eine derartige Aufhebung der Wartezeit gilt nur dann, wenn sie ausdrücklich in den Besonderen Bedingungen des Gruppenvertrages angegeben ist.

Krebsbehandlung

Wenn bei einer/m Versicherten Krebs gemäß der nachfolgenden Definition diagnostiziert wird, erstattet der Versicherer die angemessenen und üblichen Kosten, die für die Krebsbehandlung in einem gesetzlich anerkannten Krebsbehandlungszentrum anfallen, gemäß der Höchstgrenze in der Leistungsübersicht. Diese Behandlungen (z.B. Strahlentherapie oder Chemotherapie, ausgenommen sind experimentelle Behandlungen, Konsultation, Tests, Medikamente für zuhause) müssen auf stationärer oder ambulanter Basis von einem Krankenhaus oder einem gesetzlich anerkannten Krebsbehandlungszentrum direkt nach der Diagnose, nach der Entlassung aus dem

Krankenhaus oder der Operation ausgeführt werden.

Krebs wird als unkontrolliertes Wachstum und Verbreitung von bösartigen Zellen mit Invasion und Zerstörung des normalen Gewebes definiert, für die erhebliche interventionistische Behandlungen oder Operationen (ausgeschlossen sind rein endoskopische Verfahren) für notwendig erachtet werden. Der Krebs muss mittels histologischer Beweise der Bösartigkeit bestätigt sein.

Organtransplantation

Erstattung der angemessenen und üblichen Kosten, die bei der Transplantationsoperation für die/den Versicherte(n) als Empfänger des Organs angefallen sind. Diese Leistung wird gezahlt, solange die Police in Kraft ist und unterliegt den Höchstgrenzen gemäß der Leistungsübersicht.

Die Versicherungssumme umfasst Arzthonorare, Krankenhausunterbringung (Standard-Privatzimmer) und andere verwandte medizinische Auslagen während des Krankenhausaufenthalts. Eine vorhergehende Genehmigung durch den medizinischen Berater des Versicherers ist stets erforderlich.

Folgende Ausgaben sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen:

- Kosten bei der Suche eines Spenders;
- Kosten für den Erwerb des Organs (falls ein Preis für das Organ berechnet wird);
- Kosten, die für die Entfernung des Organs beim Spender anfallen.

Nierendialyse

Wird bei einer/m Versicherten Nierenversagen gemäß der nachfolgenden Definition diagnostiziert, erstattet der Versicherer die angemessenen und üblichen Kosten, die für die medizinisch notwendige Nierendialyse in einem Krankenhaus oder einem gesetzlich anerkannten Dialysezentrum anfallen gemäß den diesbezüglich in der Leistungsübersicht angegebenen Höchstgrenzen. Eine derartige Behandlung (Dialyse unter Ausschluss von Konsultation, Tests) kann stationär oder ambulant erfolgen.

Nierenversagen bedeutet eine Störung der Niere im Endstadium in Form einer chronischen, irreversiblen Funktionsstörung beider Nieren, infolgedessen eine Nierendialyse initiiert wird. Diese Leistung schließt sämtliche experimentellen Behandlungen aus.

Medizinische Hilfsmittel

Erstattung der Kosten für Hörgeräte, orthopädische Hilfsmittel und Stützstrümpfe, Prothesen, Rollstuhl usw.

Lokaler Rettungsdienst zum nächstgelegenen Krankenhaus

Erstattung der angemessenen und üblichen Kosten, die für notwendige inländische Rettungsdienste anfallen (inklusive Begleiter), und zwar zu und/oder vom

jeweiligen Krankenhaus. Die Zahlung unterliegt den in der Leistungsübersicht festgelegten Höchstgrenzen und erfolgt nicht, wenn die/der Versicherte nicht stationär im Krankenhaus aufgenommen wird.

Psychiatrische Pflege

Erstattung der Kosten für ambulante psychiatrische Pflege nur bei Verschreibung und Leistungserbringung durch einen Arzt. Die Deckungssumme umfasst die Honorare des Arztes und/oder (Behandlungsgebühren) des Allgemeinmediziners, beinhaltet jedoch keine Medikamente. Medikamente sind gemäß den Bestimmungen bezüglich verschriebener Arzneimittel versichert.

Folgende Leistungen fallen unter die gleichen Leistungsbegrenzungen wie die ambulante Psychotherapie: Ergotherapie, Logopädie und/oder Sprachtherapie, Beschäftigungstherapie.

Zahnmedizinische Versorgung nach Unfällen

Zahnmedizinische Operationen sind nur versichert, wenn sie erforderlich sind, um die natürlichen Zähne nach einer Beschädigung wiederherzustellen.

Palliativmedizin

Palliativmedizin kann entweder ambulant zuhause oder stationär erfolgen oder in einem Institut für Schmerzkontrolle und der Behandlung von anderen Symptomen und es beinhaltet psychologische und soziale Betreuung (medizinisch und komplementärmedizinisch) des Patienten und dessen Familie in den letzten Lebensstadien. Dieses Angebot für Palliativmedizin gilt als Alternative für eine erstattungsfähige Krankenhausaufnahme oder der Pflegebetreuung zuhause.

Palliativmedizin ist von einer Organisation zu erbringen, welche Patienten betreut, die unheilbar erkrankt sind, und deren Lebenserwartung weniger als sechs (6) Monate beträgt.

1.6. Notwendigkeit der vorherigen Zusage

Alle stationären medizinischen Behandlungen (ausgenommen Notfalleinweisungen in ein Krankenhaus) sowie Tageschirurgie und Tagespflegebehandlungen bedürfen der vorherigen Zusage. Das bedeutet, dass der Verwalter bei nicht notfallbedingtem Krankenhausaufenthalt, Tageschirurgie- oder Tagespflegebehandlungen, deren medizinische Notwendigkeit mehr als fünf (5) Tage vor der tatsächlichen Einweisung in das Krankenhaus (oder vor dem Beginn der Tagespflege oder der Tageschirurgie) diagnostiziert wurde, wenigstens fünf (5) Tage, bevor die Behandlung durchgeführt wird, schriftlich informiert werden muss (im Falle einer Geburt mindestens fünf (5) Tage vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin). Folgende Informationen werden benötigt:

- Diagnose;
- Beschreibung der erforderlichen medizinischen Behandlung;
- Name und Anschrift des Krankenhauses, in dem die Behandlung durchgeführt wird;
- voraussichtliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes;
- geschätzte Behandlungskosten.

Im Falle eines notfallgemäßen Krankenhausaufenthaltes muss der Verwalter so rasch wie möglich (üblicherweise innerhalb von achtundvierzig (48) Stunden) und spätestens vor der Entlassung aus dem Krankenhaus informiert werden.

Wird keine vorherige Genehmigung eingeholt, verhängt der Versicherer eine Strafe von fünfundzwanzig (25) %, was dazu führt, dass die erstattungsfähigen Kosten auf fünfundsiebzig (75) % des Betrags verringert werden, auf den die/der Versicherte normalerweise Anspruch hätte, wenn sie/er die besagte Voraussetzung ordnungsgemäß erfüllt hätte.

1.7. Einschränkungen und Ausschlüsse

Neben den in Art. I-11. (Allgemeine Versicherungsbedingungen) angegebenen Ausschlüssen sind folgende Punkte oder Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Behandlungen die gemäß anerkannten medizinischen Standards als experimentell angesehen werden oder forschenden Charakter haben sowie Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind;
- nicht verschriebene Behandlungen;
- zusätzliche und alternative Behandlungsmethoden, die nicht ausdrücklich in der Leistungsübersicht aufgelistet sind;
- Verjüngungs- und Badekuren/-behandlungen, kosmetische Behandlungen und Erholungspausen;
- Alteneinrichtungen, die in erster Linie pflegerische, erzieherische und rehabilitatorische Leistungen erbringen;
- Kosten für Schwangerschaft und Entbindung innerhalb der ersten zehn Monate ab Versicherungsbeginn, es sei denn, in den Besonderen Bedingungen ist etwas anderes aufgeführt;
- nicht verschreibungspflichtige Medikamente;
- Rezeptfreie Arzneimittel („Over-the-counter medication“), Diätprodukte, Vitamine, Stärkungs-, Nahrungsergänzungsmittel sowie Nahrungsmittel, Säuglingsnahrung, Mineralwasser, kosmetische Produkte etc.;
- Kosten für eine Sterilisation, es sei denn, diese sind explizit in der Leistungsübersicht aufgeführt;
- Empfängnisverhütungsmittel, auch nicht, wenn diese ärztlich verschrieben sind;
- Kosten für eine/n Abtreibung/Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, es liegt eine medizinische Notwendigkeit vor;
- operative Maßnahmen zur Verbesserung der Sehfähigkeit (Laserbehandlung, Keratektomie inklusive LASIK und LASEK), mit Ausnahme von refraktiven Hornhauterkrankungen, welche wie andere operative Behandlungskosten erstattet werden;
- Heilpädagogik;

- nicht medizinisch notwendige Entbindung durch Kaiserschnitt;
- Geschlechtsumwandlungen und verwandte Behandlungskosten;
- Sonnenbrillen und orthoptische Behandlungen;
- Kosten, die durch die Teilnahme an jeglichen Sportaktivitäten als Profi oder für die man laut Vertrag entlohnt wird sowie die Teilnahme an vorbereitenden Trainings verursacht werden.

1.8. Anspruchsverfahren/Koordination von Leistungen – sonstige Versicherungen/Zahlung des Versicherungsanspruchs

1.8.1. Anspruchsverfahren

Jeder Versicherungsanspruch muss dem Verwalter schriftlich so rasch wie möglich nach Eintritt des Ereignisses, das Anlass für den Versicherungsanspruch war, vorgelegt werden, unter Verwendung des dafür bestimmten Erstattungsformulars, das vom Verwalter zur Verfügung gestellt wurde. Dem Versicherungsanspruch sind die Originalbelege einschließlich aller relevanten Rechnungen und Zahlungsbelege beizufügen, soweit diese vom Verwalter verlangt werden.

Darüber hinaus hat die/der Versicherte bei einem Unfall folgende zusätzliche Informationen vorzulegen:

- Datum und ausführliche Beschreibung der Umstände und des Unfallortes;
- Identität der beteiligten Personen sowie der Zeugen und der möglicherweise haftbaren Personen;
- offizieller Bericht lokaler Behörden (Polizei oder andere).

1.8.2. Koordination von Leistungen – sonstige Versicherungen

Hat die/der Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung durch einen anderen Versicherer oder ein anderes Sozialversicherungssystem, werden die Leistungen – gemäß den Bestimmungen in Art. II-1.5. – auf die Differenz der erstattungsfähigen und erbrachten Leistungen der anderen Versicherung angerechnet.

Falls **expatplus**® allerdings als eine Zusatzversicherung abgeschlossen wurde (und sich dieses in den **expatplus**® Beiträgen widerspiegelt), wird die von der anderen Versicherung erstattete Summe von dem im Einklang mit den Bestimmungen des Art. II-1.5. ermittelten Erstattungsbetrag in Abzug gebracht.

In jedem Fall hat die/der Versicherte (ihrem/seinem Versicherungsanspruch) Kopien der jeweiligen Arztrechnungen und die von dem anderen betroffenen Versicherer oder Sozialversicherungssystem vorgelegten Originalabrechnungsmittelungen (mit Angaben zu dem erstatteten Betrag) beizufügen.

Der Gesamterstattungsbetrag für einen beliebigen Versicherungsanspruch übersteigt niemals den gesamten

Betrag der tatsächlich von der/dem Versicherten verauslagten Kosten.

1.8.3. Zahlung von Leistungen

Der Verwalter veranlasst die Erstattung der durch die Versicherung versicherten Angemessenen und üblichen medizinischen Kosten (innerhalb der in den vorliegenden Allgemeinen Bedingungen definierten Obergrenzen) nach Eingang des Anspruchsformulars und der relevanten und vollständigen schriftlichen Belege der medizinischen Kosten (Originalrechnungen der medizinischen Leistungsanbieter usw.).

Die Erstattung erfolgt an die/den Versicherte(n). Ist diese(r) jedoch verstorben, erfolgt die Zahlung im Ermessen des Versicherers an die Person, die zufriedenstellend nachweist, dass sie Anspruch auf eine solche Zahlung hat.

Krankenhäusern können Leistungen direkt überwiesen werden.

1.9. Medizinische Information und Untersuchung

Falls dies für die reibungslose Begleichung der Ansprüche im Zusammenhang mit dem durch den Versicherungsvertrag gewährten Versicherungsschutz erforderlich ist und im Einklang mit den belgischen Gesetzen über den Schutz persönlicher Daten steht, ist die/der Versicherte verpflichtet, über den Verwalter (unmittelbar oder durch ihren/seinen Arzt) alle vom Versicherer verlangten notwendigen medizinischen Informationen vorzulegen. Vertrauliche Informationen können in einem versiegelten Umschlag an den medizinischen Berater des Versicherers weitergeleitet werden.

Soweit dies für die Beurteilung eines Versicherungsanspruchs für nötig erachtet wird, ist der Verwalter befugt, eine ärztliche Untersuchung der/des Versicherten zu verlangen, die von einem vom Versicherer benannten Arzt auf Kosten des Versicherers durchgeführt wird. Die/Der Versicherte kann verlangen, dass ihr/sein eigener Arzt bei dieser Untersuchung anwesend ist; die Kosten für den eigenen Arzt gehen zu Lasten der/des Versicherten. Falls die/der Versicherte und/oder die Angehörigen der/des Versicherten sich nicht an die vorstehenden Verpflichtungen halten, die verlangten medizinischen Informationen oder Untersuchungen zur Verfügung zu stellen, kann der Versicherer die Zahlung der Leistungen verweigern.

1.10. Zeitliche Befristung

Ansprüche müssen dem Verwalter so schnell wie möglich nach ihrem Entstehen mitgeteilt werden. Für einige Behandlungen ist vorherige Zustimmung notwendig (gemäß Art. II-1.6.).

Ansprüche müssen dem Verwalter auf jeden Fall innerhalb von drei Jahren nach dem Ereignis, das Anlass für den Versicherungsanspruch war, vorliegen. Nach dieser maximalen Frist von drei Jahren besteht kein Anspruch auf Zahlung mehr durch den Versicherer.

II-2. Medizinische Evakuierung und Assistenz Services

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Kranken-Rücktransport:			
• Organisation und Kostenübernahme Ihrer Rückreise oder Ihres Transports in ein Krankenhaus	100%		
• Organisation und Kostenübernahme für die Rückreise einer versicherten Begleitperson sowie minderjähriger Kinder	100%		
• Rückerstattung Ihrer Unterkunftskosten und der angefallenen Unterkunftskosten für Ihre versicherten Familienangehörigen oder für eine versicherte Begleitperson			bis zu € 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 je Tag und maximal 10 Tage lang
Krankenhausaufenthalt vor Ort			
• Übernahme der Kosten, die es einem Ihrer Familienangehörigen ermöglichen, an Ihr Krankenbett zu kommen.			
• Hin- und Rückreise	100%		
• Unterkunftskosten vor Ort bis zu Ihrem Kranken-Rücktransport			bis zu € 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 je Tag und maximal 10 Tage lang
Such- und / oder Rettungskosten			bis zur Höchstgrenze je versicherter Person und je Schadensfall: € 1.500 / £ 1.000 / \$ 1.875 / CHF 2.250
Verfrühte Rückreise-Assistance: Organisation und Kostenübernahme des Transports	100%		
Assistance beim Abbruch Ihrer geschäftlichen Mission: Übernahme der Reisekosten des vertretenden Mitarbeiters	100%		
Versand von Medikamenten, die nicht vor Ort zu finden sind	100%		
'Unvorhergesehene' Unterstützung			
• Kommunikation mit Ihrer Familie oder Ihrem Unternehmen			100% bis zur Höchstgrenze je versicherter Person und je Versicherungsperiode je Schadensfall von € 400 / £ 260 / \$ 500 / CHF 600
• Diebstahl Ihrer Ausweispapiere, Kreditkarten, Transporttickets oder geschäftlichen Unterlagen: Vorschuss von Geldern im Ausland			
Psychologische Unterstützung Bei einem schweren Trauma nach 'einer Krankheit oder einem Unfall einem Unfall', die Versicherungsfall sind			bis zur Höhe von zwei Telefonaten je versicherter Person und Versicherungsperiode
• Assistance bei Tod einer versicherten Person			
• Überführung des Leichnams	100%		
• Bestattungskosten, die für den Transport erforderlich sind			bis zur Höchstgrenze je versicherter Person und je Schadensfall von € 3.000 / £ 2.000 / \$ 3.750 / CHF 5.500
• Zusätzliche Kosten für den Transport von versicherten Familienangehörigen des Verstorbenen oder einer versicherten Person	100%		
• Beerdigung vor Ort	100%		
• Bestattungskosten, die für den Transport erforderlich sind			bis zur Höchstgrenze je versicherter Person und je Schadensfall von € 3.000 / £ 2.000 / \$ 3.750 / CHF 5.500

2.1. Allgemeine Bestimmungen

2.1.1. Definition der Begünstigten

Alle Personen, welche über CIGNA Life Insurance Company of Europe NV einen Vertrag unterzeichnen, als Expat über ihren Arbeitsvertrag sowie ihre(n) gesetzliche(n) Partner/in und ihre Kinder, welche zur Zeit der Unterzeichnung des heutigen Vertrages steuergemäß abhängig erklärt wurden.

Der heutige Vertrag wird von den folgenden Personen unterzeichnet werden können:

- eine physische Person, welche als Expat tätig ist und unter fünfundsiebzig (75) Jahre alt ist.

- eine moralische Person, von der/die Mitarbeiter/in (und falls zutreffend dessen/derer Angehörigen) unter fünfundsiebzig (75) Jahre alt ist.

Ab dem fünfundsiebzigsten (75.) Geburtstag des/der Versicherten und seiner Angehörigen wird der Versicherungsschutz des heutigen Vertrags automatisch beendet.

2.1.2. Geltungsbereich

Weltweit.

2.1.3. Ausschlüsse für jeden Versicherungsschutz

Neben den besonderen Ausschlüssen für die einzelnen Versicherungsleistungen versichert MA niemals die Folgen der folgenden Umstände und Ereignisse:

- Bürgerkrieg oder Auslandskrieg, Unruhen, Volksbewegungen, Streiks, Geiselnahmen, Waffenbenutzung;
- Die freiwillige Teilnahme an Wetten, Verbrechen oder Schlägereien, außer im Falle der Notwehr;
- Jede Auswirkung atomaren Ursprungs bzw. jede durch eine ionisierende Strahlenquelle verursachte Auswirkung;
- Die vorsätzlichen Handlungen und arglistigen Verstöße, einschl. Freitod und Selbstmordversuch;
- Alkohol-, oder Drogenverbrauch bzw. der Genuss jeder Rauschgiftsubstanz, die im Gesetzbuch über das öffentliche Gesundheitswesen ('Code de la Santé publique') genannt wird, die nicht von einem Arzt verschrieben wurden;
- Ereignisse, für die entweder der Veranstalter Ihrer Reise in Anwendung des lokalen Rechts, in dem die Bedingungen für die Betreibung von Reiseverkaufs- und Reiseveranstaltungsgeschäften festgelegt sind, oder der Transporteur insbesondere auf Grund der Flugsicherheit und/oder des Overbookings haften könnte.
- Die Weigerung, den ursprünglich von der zuständigen Stelle vorgesehenen Flug zu nehmen.

2.1.4. Finanzielle Zusagen von MA

Die Organisation einer der vorstehend dargelegten Assistance durch den Bezugsberechtigten oder den Kreis um ihn führt nur dann zu einer Erstattung, wenn MA vorher benachrichtigt wurde und ihre ausdrückliche Zustimmung erteilt hat, insbesondere mit den einzusetzenden Mitteln, indem sie per Fax, e-Mail, Telegramm oder Telex eine Vorgangsnummer mitteilt. In diesem Fall werden die aufgewandten Kosten gegen Vorlage der Belege bis zu dem Höchstbetrag zurück erstattet, den CIGNA Life Insurance Company of Europe NV aufgewandt hätte, um den Dienst zu organisieren.

2.1.5. Rechtsübertragung

MA tritt bis zum Höchstbetrag der von ihr bezahlten Entschädigungen und erbrachten Dienste in die Rechte und Ansprüche des Bezugsberechtigten gegen jede Person ein, die für den Tatbestand haftet, aufgrund dessen sie eingeschritten ist.

Wenn die zur Erfüllung dieses Vertrags erbrachten Leistungen ganz oder teilweise von einer landesweiten Sozialversicherungskasse oder jede andere Einrichtung abgedeckt werden, so tritt MA in die Rechte und Klagen des Versicherten gegen das besagte System bzw. gegen die besagte Einrichtung ein.

2.1.6. Verjährung

Jeder Anspruch, der aus dem Versicherungsschutz, **expatplus**[®] – ASSISTANCE' abgeleitet wird, verjährt innerhalb von zwei (2) Jahren nach dem Ereignis, in dem sie ihren Ursprung hat.

2.2. Repatriierung Assistance

Falls der gesundheitliche Zustand des/der Versicherten einen Kranken-Rücktransport erfordert, unterstützt (MA) den/der Versicherten wie folgt:

Organisation und Übernahme der Rückreise oder des Transports des/der Versicherten in ein Krankenhaus

MA arrangiert und übernimmt den Rücktransport an Ihren Wohnort entweder in Ihrem Herkunftsland oder in Ihrem Aufenthaltsland oder den Transport in ein Krankenhaus, das ihm am nächsten liegt und/oder angesichts Ihres Gesundheitszustands am besten für die entsprechende Behandlung geeignet ist.

In diesem Fall kann MA hernach, wenn Sie dies wünschen und sobald Ihr Gesundheitszustand es erlaubt, die Rückreise an Ihr Aufenthaltsland organisieren.

Organisation und Kostenübernahme für die Rückreise einer versicherten Begleitperson sowie minderjähriger Kinder

MA organisiert und übernimmt nach Zustimmung unserer medizinischen Abteilung auch die Reise für eine versicherte Person, die sich mit Ihnen vor Ort befindet, damit diese Sie begleiten kann und/oder die Rückreise der minderjährigen Kinder an ihr Domizil ermöglichen kann, die mit Ihnen verweilen, wenn kein volljähriger Familienangehöriger vor Ort an ihrer Seite ist und vorausgesetzt, Ihre Rückführung erfolgt mehr als vierundzwanzig (24) Stunden vor dem ursprünglich geplanten Rückreisedatum.

Rückerstattung Ihrer Unterkunftskosten und der angefallenen Unterkunftskosten für Ihre versicherten Familienangehörigen oder für eine versicherte Begleitperson

MA erstattet Ihnen Ihre zusätzlichen Unterkunftskosten sowie die von Ihren versicherten Familienangehörigen oder einer versicherten Begleitperson angefallenen zusätzlichen Unterkunftskosten gegen Vorlage der Belege und bis zur Höhe der Versicherungssummen und Selbstbehaltübersicht seit dem Tag, an dem Sie in Ruhigstellung sind bis zum Tage Ihrer Rückführung in Ihr Herkunftsland.

Alle medizinischen Kosten (Krankenhauskosten, Arztbesuche, Zahlungen von Garantien und Rückzahlungen) werden von Vanbreda International verwaltet und bezahlt.

MA ist verantwortlich für die Erbringung der Dienstleistungen im Zusammenhang mit medizinischen Notfällen, wie etwa Krankenhauseinweisungen und Rückführungen. Dringende Krankenhauseinweisungen werden bei Vanbreda International angezeigt, welche die Zahlungsgarantien ausstellt und für die ordnungsgemäße Verwaltung des Vorgangs verantwortlich ist.

Nicht dringende oder dringende Krankenhauseinweisungen, welche keine Rückführung erfordern werden direkt von Vanbreda International gemanagt. Für den Fall, dass MA nach einem vorstehend genannten Fall kontaktiert werden sollte, müssen der Versicherte oder die anrufende Person automatisch an Vanbreda International weitergeleitet werden.

Wichtiger Hinweis

Die Entscheidungen werden nur in Erwägung des medizinischen Nutzens für Sie getroffen.

Die MA Ärzte setzen sich mit den ärztlichen Strukturen vor Ort und falls erforderlich mit Ihrem üblichen behandelnden Arzt in Verbindung, um alle Informationen zusammenstellen, an Hand derer die für Ihren Gesundheitszustand am besten geeigneten Entscheidungen getroffen werden können. Ihre Rückführung wird von ärztlichem Personal mit einem in dem Lande, wo es in der Regel seine berufliche Tätigkeit ausübt, gesetzlich anerkannten Diplom entschieden und gemanagt.

Wenn Sie sich weigern, den Entscheidungen der medizinischen Abteilung von MA Folge zu leisten, dann stellen Sie MA damit von jeder Haftung für die Folgen eines derartigen Betriebens frei und verlieren jeglichen Anspruch auf Leistungen und Entschädigungen von MA.

Im Übrigen kann MA in keinem Fall an die Stelle von Sanitätsorganisationen vor Ort treten oder auch keine derartig angefallenen Kosten übernehmen.

2.3. Krankenhausaufenthalt vor Ort

Übernahme der Kosten, die es einem der Familienangehörigen des/der Versicherten ermöglichen, an das Krankenbett des/der Versicherten zu kommen.

Falls der/die Versicherte länger als fünf Tage bzw. mehr als achtundvierzig (48) Stunden, falls er/sie minderjährig oder behindert ist und keiner der volljährigen Familienangehörigen den/die Versicherte(n) beim Aufenthalt begleitet hat, im Krankenhaus eingewiesen ist

- Übernimmt MA die Hin- und Rückreise einer der Familienangehörigen, damit er an das Krankenbett des/der Versicherten kommt.
- Erstattet MA dem/der Versicherten die bei dieser Person gegen Vorlage der Belege bis zur Höhe in der Tabelle mit den Versicherungssummen und Selbstbehalten angefallenen Unterkunftskosten.

Diese Leistung kann nicht mit der Garantie 'Organisation und Kostenübernahme für die Rückführung einer versicherten Begleitperson sowie minderjähriger Kinder' kumuliert werden.

2.4. Such- und/oder Rettungskosten

MA erstattet aufgewandte Suchkosten im Meer oder Gebirge und/oder Rettungskosten bis zum Höchstbetrag in der Versicherungssummen- und Selbstbehaltübersicht zurück

2.5. Verfrühte Rückreise-Assistance

MA organisiert und übernimmt, insofern die ursprünglich für die Reise in das Herkunftsland vorgesehenen Möglichkeiten nicht genutzt werden können, die Hin- und Rückreise für eine der aus diesem Vertrag versicherten Personen, die auf demselben Versicherungsnehmerschein steht.

Diese Leistung kann der/die Versicherte in den folgenden Fällen in Anspruch nehmen:

- bei Krankheit oder einem Unfall mit Notaufnahme in ein Krankenhaus, die während dem Aufenthaltsdauer des/der Versicherten beginnt - wobei die Lebensprognose nach Meinung der medizinischen Abteilung von MA auf dem Spiel steht - von Ihrem rechtmäßigen oder de facto Ehegatten, einem Ihrer minderjährigen oder behinderten Nachkommen, die nicht an der Reise teilnahmen und im Herkunftsland des/der Versicherten leben.
- Um nach dem Tod des rechtmäßigen oder de-facto-Ehegatten, eines der Verwandten in aufsteigender (Eltern und Grosseltern) oder absteigender Linie, der Geschwister, des gesetzlichen Vormunds, der Person unter Vormundschaft des/der Versicherten, die nicht an der Reise teilnehmen, im Herkunftsland des Versicherten leben und unter fünfundachtzig (85) Jahre alt sind, an der Beisetzung teilzunehmen

2.6. Assistance beim Abbruch der geschäftlichen Mission des/der Versicherten:

Im Falle eines Abbruchs der geschäftlichen Mission des/der Versicherten auf Grund eines Versicherungsfalls übernimmt MA die Transportkosten, die das Unternehmen des/der Versicherten aufgewandt hat, damit ein vertretender Mitarbeiter, die abgebrochene Mission fortsetzen kann.

2.7. Versand von Medikamenten vor Ort

Wenn der/die Versicherte sich im Ausland aufhält und Arzneimittel benötigt, die vor Ort nicht aufzutreiben sind:

- Dann übernimmt MA, vorbehaltlich der Einwilligung des behandelnden Arztes, der die Arzneimittel verschreibt, den Versand der vor Ort nicht aufzutreibenden Arzneimittel, falls sie für eine laufende Heilbehandlung unabdinglich sind, unter der Voraussetzung, dass dem/der Versicherten vor Ort kein gleichwertiges Arzneimittel verschrieben werden kann und dass in den landesweiten bzw. internationalen Gesundheits- und Zollregelungen nichts gegen einen derartigen Versand festgelegt ist;
- MA lässt dem/der Versicherten diese Produkte schnellstmöglich zukommen. Allerdings können wir nicht für Fristen haftbar gemacht werden, die auf die beauftragten Transportunternehmen zurückzuführen sind und auch nicht für eine etwaige Nichtverfügbarkeit der Arzneimittel.

Der/die Versicherte verpflichtet sich, MA diese Arzneimittel innerhalb von drei Monaten ab ihrem Eingang

zurückzuerstatten. Nach dieser Frist ist MA berechtigt, zusätzlich gesetzliche Zinsen und Kosten zu berechnen.

2.8. 'Unvorhergesehene' Unterstützung

2.8.1. Kommunikation mit der Familie oder dem Unternehmen des/der Versicherten

Wenn der/die Versicherte nicht mehr mit dessen/derer Familie oder Unternehmen kommunizieren kann, er/sie MA aber erreichen können, dann übermittelt MA ihnen die dringenden Nachrichten des/der Versicherten.

2.8.2. Diebstahl der Ausweispapiere, Kreditkarten, Transporttickets oder geschäftlichen Unterlagen des/der Versicherten

Bei einem Diebstahl der Ausweispapiere, Kreditkarten und/oder Transporttickets des/der Versicherten:

- kann MA den/die Versicherte(n) beraten, welche Schritte zu unternehmen sind;
- kann MA eingreifen, um die erforderlichen Sperrungen vorzunehmen, insofern der/die Versicherte MA in diesem Sinne per Fax die erforderliche Vollmacht erteilt,
- Wenn der/die Versicherte über keine Zahlungsmittel mehr verfügen, dann gewährt MA dem/der Versicherten einen Vorschuss in Höhe eines Betrags, der nicht über dem Höchstbetrag liegen darf, der in der Vertragssummen- und Selbstbehaltübersicht aufgeführt wird.

In diesem Fall verfügt der/die Versicherte ab der Bereitstellung der Mittel über eine Dreimonatsfrist, um MA diesen Vorschuss bzw. die von MA auf Ihre Rechnung ausgelegten Kosten zurückzuerstatten.

Nach dieser Frist ist MA berechtigt, zusätzlich gesetzliche Zinsen und Kosten zu berechnen.

2.9. Psychologische Unterstützung

MA stellt Ihnen im Falle eines schweren Traumas auf Grund 'einer Krankheit oder eines Unfalls/eines Unfalls', die Versicherungsfall sind, bis zum Höhe der Vertragssummen- und Selbstbehaltübersicht einen telefonischen Begleit- und Zuhördienst zur Verfügung.

2.10. Todesfall Assistance

2.10.1. Assistance beim Tod einer versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person organisiert und übernimmt MA:

- Den Transport der Leiche vom Einsargungsort an den Bestattungsort im Herkunftsland oder Beerdigung vor Ort,
- Die Bestattungskosten, die für den Transport erforderlich sind, bis zur Höhe der Höchstgrenzen in der Versicherungssummen- und Selbstbehaltübersicht,
- zusätzliche Transportkosten für versicherte Familienangehörige des Verstorbenen oder einer versicherten

Person, die ihn begleiten, insoweit die ursprünglich vorgesehenen Verkehrsmittel für die Rückreise in das Herkunftsland auf Grund des Todesfalls nicht mehr genutzt werden können.

2.11. Zusätzliche 'MAF EXPAT' Assistance

MA stellt dem/der Versicherten eine spezielle Internetseite zur Verfügung, auf der der/die Versicherte gesundheitliche und geopolitische Informationen der geografischen Zone Ihres Expatlands aufrufen kann, insbesondere eine Liste der Pflegeeinrichtungen und Praktiker, sowie alle praktischen Informationen (Übersetzung medizinischer Begriffe, Botschaftslisten...), Links zu Dienstleistern (z.B. Autovermietungen), Flughafenpläne, Stadtpläne, Verhaltensratgeber (Gebräuche des Landes, in dem Sie sich befinden).

2.12. Ausschlüsse des Versicherungsschutzes

Neben den allgemeinen Ausschlüssen, die für jeden Versicherungsschutz gelten, sind ferner ausgeschlossen:

Für die Versicherungssummen 'Assistance Rückführung, Krankheit und Unvorhergesehenes' und 'Assistance Todesfall':

- ohne vorige Zustimmung unserer Assistance-Abteilung getätigte Ausgaben;
- die Folgen:
 - eine Erkrankung, die behandelt wird, deren Heilung noch nicht abgeschlossen ist, für die Sie im Rekonvaleszenzurlaub sind;
 - Erkrankungen, die bei einer Reise eintreten, die zu Diagnosezwecken unternommen wird,
 - Erkrankungen, die bei einer Reise eintreten, die zu Behandlungszwecken unternommen wird;
- etwaige Folgen (Kontrollen, zusätzliche Behandlungen, Rückfälle) einer Erkrankung, für die bereits ein Rücktransport erfolgt ist;
- Folgen von Erkrankungen oder gutartigen Verletzungen, die vor Ort behandelt werden können;
- Psychiatrie;
- die Folgen:
 - infektionsrisikoreicher Situationen in einem Epidemiefeld,
 - der Aussetzung infizierender biologischer Substanzen,
 - der Aussetzung chemischer Substanzen vom Typ Kampfgas,
 - der Aussetzung kampfunfähig machender Substanzen,
 - der Aussetzung neurotoxischer Substanzen oder Substanzen mit remanenter neurotoxischer Wirkung, die zu einer Quarantäne oder zu vorbeugenden Maßnahmen oder spezieller Überwachung seitens der örtlichen und/oder landesweiten Gesundheitsbehörden in dem Land führen, in dem Sie verweilen, es sei denn der Eintritt erfolgt plötzlich nach Ihrer Ankunft am Ort

der Ansteckung;

- Ihre Teilnahme an einer Sportart, die profimäßig oder unter Vertrag mit Vergütung ausgeübt wird sowie das entsprechende vorbereitende Training;
- Ihre Nichtbeachtung offizieller Verbote, sowie Ihre Nichteinhaltung der offiziellen Sicherheitsvorschriften, die mit der Ausübung einer sportlichen Tätigkeit verbunden sind;
- die Folgen eines Unfalls, der bei Ihrer Ausübung einer Luftsportart (einschl. Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Gleitflugzeug) oder einer der folgenden Sportarten eingetreten ist: Skeleton, Bobfahren, Skispringen, Bergsport mit Abseilen und Bergsteigen, Tauchsport mit autonomem Gerät, Höhlenforschung, Bungee-Springen, Fallschirmspringen;
- Kosten, bei denen nicht ausdrücklich erwähnt wird, dass sie erstattet werden, sowie Verpflegungskosten sowie jegliche Ausgaben, für die Sie keinen Beleg vorweisen können.

2.13. Was der Versicherte im Schadenfall tun muss

2.13.1. Bei einer Assistance-Anfrage

Der/die Versicherte muss MA kontaktieren oder MA über einen Dritten kontaktieren lassen, sobald seine/ihre Lage annehmen lässt, dass er/sie die Rückreise vorzeitig antreten oder Ausgaben anfallen, die unter den MA Versicherungsschutz fallen.

Die MA Abteilung ist rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche für Sie da:

Per Telefon unter + 33 1 40 25 58 29

- Ihnen wird umgehend eine Aktennummer zugewiesen und MA bittet Sie,
- Ihre Vertragsnummer anzugeben;
- die Anschrift und Telefonnummer anzugeben, unter der Sie erreicht werden können, sowie die Anschrift von Personen, die sich um Sie kümmern;
- es den MA Ärzten zu ermöglichen, Zugang zu allen medizinischen Informationen zu erlangen, die Sie betreffen, bzw. die Person, die unseren Einsatz benötigt.

2.13.2. Für Rückerstattungs-Anfragen

Um die Rückerstattung der vom/von der Versicherten mit der Einwilligung von MA vorgeschossenen Kosten in Anspruch nehmen zu können, müssen sie alle Belege übermitteln, mit Hilfe derer die Rechtmäßigkeit Ihrer Anfrage überprüft werden kann.

Leistungen, die vorher nicht verlangt wurden und nicht von den Abteilungen von MA organisiert werden, eröffnen keinen Anspruch auf Rückerstattung oder kompensierende Entschädigung.

2.13.3. Für die Kostenübernahme eines Transports
Wenn MA eine Beförderung aus dem MA Versicherungsschutz organisiert und die Kosten übernimmt, so bezieht sich dies auf eine Zugfahrt 1. oder 2. Klasse, ein Flugticket in der Touristikkategorie oder eine Taxifahrt, je nach der Entscheidung der Assistance-Abteilung. In diesem Fall wird MA Eigentümer der ursprünglichen Fahrkarten und ist der/die Versicherte verpflichtet, sie MA zurückzugeben oder MA den Betrag zurückzuerstatten, für den der/die Versicherte bei der Stelle, die diese Fahrkarten ausgestellt hat, eine Rückerstattung erlangt hat.

2.14. Rahmen der MA Assistance-Einsätze

MA interveniert im Rahmen der landesweiten und internationalen Gesetze und Vorschriften. Die MA Leistungen unterliegen der Einholung der erforderlichen Genehmigungen bei den zuständigen Verwaltungsbehörden. Darüber hinaus haftet MA nicht für Verspätungen oder Verhinderungen bei der Erfüllung unserer vereinbarten Services nach einem Fall höherer Gewalt oder Ereignissen wie Streiks, Aufständen, Volksbewegungen, Einschränkungen des freien Verkehrs, Sabotage, Terrorismus, Bürgerkrieg oder Auslandskrieg, Folgen der Auswirkungen einer radioaktiven Quelle oder jedem anderen unerwarteten Fall.

ZUSATZVERSICHERUNGEN

II-3. Zahnmedizinische Versorgung

	BASIC	COMPREHENSIVE
Maximale Ersattung pro Jahr / Person	€ 3.000 £ 2.000 \$ 3.750 CHF 4.500	€ 5.000 £ 3.250 \$ 6.250 CHF 7.500
Zahnbehandlung (regelmäßige Routineuntersuchung, Basis zahnmedizinische Versorgung)	80% max. € 1.500 80% max. £ 1.000 80% max. \$ 1.875 80% max. CHF 2.250	100% max. € 2.500 100% max. £ 1.625 100% max. \$ 3.125 100% max. CHF 3.750
Zahnersatz/Kieferorthopädie (kieferorthopädische Behandlung, Zahnprothesen, Brücken und Zahnimplantate) Kieferorthopädische Behandlung ist nur versichert, wenn die Behandlung vor dem 15. Lebensjahr beginnt. Anmerkung zu Einzelverträgen: die bedingungsgemäßen Wartezeiten betragen für alle weitergehende Zahnbehandlungen 12 Monate.	60% max. € 1.500 60% max. £ 1.000 60% max. \$ 1.875 60% max. CHF 2.250	80% max. € 2.500 80% max. £ 1.625 80% max. \$ 3.125 80% max. CHF 3.750

3.1. Berechtigung

Die Zahntarife stehen nur solchen Versicherten offen, die als Mitglieder der Internationalen Krankenversicherung akzeptiert sind.

Die Entscheidung für den Abschluss eines Zahntarifes muss auf Familienebene erfolgen, in dem Sinne, dass alle Mitglieder derselben Familie, also die/der Versicherte und sämtliche abhängigen Angehörigen, die in die Internationale Krankenversicherung aufgenommen wurden:

- den Zahntarif abschließen müssen (d.h. entweder alle Familienmitglieder oder keines);
- denselben Zahntarif wählen müssen ('Basic' oder 'Comprehensive').

Die Mindestvertragslaufzeit für die Zahntarife beträgt ein Jahr, es sei denn, der Haupttarif wird ebenfalls gekündigt.

Kinder unter zwei Jahren zahlen keinen Beitrag für 'Zahnmedizinische Versorgung' und sind demzufolge nicht bei zahnmedizinischer Versorgung abgesichert.

3.2. Geografischer Geltungsbereich der Versicherung

Für die Basisversicherung und die Zusatzversicherung 'Zahnmedizinische Versorgung' kann der Versicherungsnehmer zwischen zwei geografischen Bereichen des Versicherungsschutzes wählen:

- Weltweiter Versicherungsschutz
- Weltweiter Versicherungsschutz mit Ausnahme der medizinischen Kosten, die in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) und in Kanada anfallen. Während Geschäfts- oder Urlaubsreisen, die insgesamt pro Versicherungsjahr neunzig (90) Tage nicht überschreiten, sind die in den USA

und in Kanada als unmittelbare Folge eines Unfalls oder eines medizinischen Notfalls anfallenden medizinischen Kosten jedoch im Rahmen der Höchstsummen des Versicherungsvertrages bis zu höchstens neunzig (90) Tagen pro Versicherungsjahr gedeckt. Falls der betreffende medizinische Zustand bereits vor der Reise in die USA oder nach Kanada bestand oder Zweck der Reise war, sind die medizinischen Kosten nicht gedeckt.

3.3. Leistungen

Nur Ausgaben, die Angemessen und üblich sind, kommen innerhalb der in der nachfolgenden Leistungstabelle angegebenen Einschränkungen und Obergrenzen für eine Erstattung in Frage.

3.3.1. Zahnbehandlung

Die Zahnbehandlung beinhaltet zwei Vorsorgeuntersuchungen pro Versicherungsjahr, prophylaktische Maßnahmen, Füllungen, Wurzelbehandlungen, Zahnextraktion, paradentale Maßnahmen, Parodontosebehandlungen, Zahnfleischbehandlungen etc.

3.3.2. Zahnersatz

Zahnersatz beinhaltet Brücken, Implantate, kieferorthopädische Behandlung, Prothesen (Zahnersatz, Kronen, Inlays). Die versicherten Summen beinhalten das Honorar des Zahnarztes (oder des Kieferchirurgen). Zahnchirurgische Eingriffe fallen ebenfalls unter Zahnersatz.

3.4. Wartezeiten und Altersbegrenzung

- Für Zahnersatz gilt eine Wartezeit von zwölf Monaten. Die Wartezeit kann bei Gruppenverträgen entfallen. Ein Verzicht auf die Wartezeit muss in den Besonderen Bedingungen

erwähnt sein.

- Kieferorthopädie ist nur versichert, wenn die Behandlung vor dem fünfzehnten (15.) Lebensjahr begonnen wird.

3.5. Weitere Bestimmungen

Neben den in Kapitel I dargelegten Allgemeinen Versicherungsvertragsbestimmungen gelten die Bestimmungen der Art. II-1.8. bis einschließlich des Art. II-1.10. auch für die Zahntarife.

II-4. Lebensversicherung

Diese Zusatzversicherung können Sie nur beantragen, wenn Ihre Police das Domizil (die Policenadresse) in einem der folgenden Länder des EWRs hat:

Österreich, Dänemark, Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, die Niederlande, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweden, VK.

4.1. Zweck der Versicherung und Aufnahme in die Versicherung

Der Zweck der Lebensversicherung ist es, die Zahlung einer Pauschalsumme im Todesfall aus jeglichen Gründen zu garantieren.

Beitritt zur Lebensversicherung ist sowohl für den Expat wie für seine/ihren erwachsene(n) Gattin/en möglich, sofern diese Person auch in die Internationale Krankenversicherung aufgenommen wurde und maximal sechzig (60) Jahre alt ist.

4.2. Widerspruchsfrist der Lebensversicherung

Falls Sie mit der Vereinbarung der Lebensversicherung aus irgendwelchen Gründen nicht einverstanden sind können Sie uns diese innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Annahme zurücksenden. Wir werden in diesem Fall den Versicherungsvertrag für die Lebensversicherung stornieren und Ihnen sämtliche eventuell bereits bezahlten Beiträge zurückerstatten, sofern Sie noch keine Leistungsansprüche geltend gemacht haben.

4.3. Auszahlung der Versicherungsleistung

Es wird den festgelegten Begünstigten des verstorbenen versicherten Person eine Pauschalsumme ausgezahlt, sowie auf dem Formular 'Benennung der Begünstigten' bezeichnet.

Die Versicherungsleistung wird ausgezahlt, sofern der Tod des Versicherten vor seinem/ihrer sechsundsechzigsten (66.) Geburtstag eintritt.

Falls der Vertrag bevor dem Tod des versicherten endet, so kann keine Auszahlung der Pauschalsumme geleistet werden.

4.4. Höhe der versicherten Summe

Die Höhe der versicherten Pauschale wird in den Besonderen Bedingungen festgelegt. Die minimal zu versichernde Summe jedoch beläuft sich auf 50,000 EUR/65,000 USD und diese kann bis maximal 500,000 EUR/650,000 USD erhöht werden. Die Beiträge und Leistungen (Pauschalsumme) werden anhand der versicherten Summe berechnet.

4.5. Zusätzliche Ausschlüsse

Zusätzlich zu den allgemeinen Ausschlüssen festgelegt in Art. 11 und 12 der Allgemeinen Vertragsbedingungen, sind die folgenden Ausschlüsse auf die Lebensversicherung anwendbar:

- die Folgen von Suizid und Suizidversuchen;
- Tod als Folge von Trunkenheit oder von der Einnahme von nicht ärztlich verordneten Arzneimitteln;
- Tod als Folge von ionisierenden Strahlungen, die keine für die versicherte medizinische Behandlung notwendigen medizinischen Strahlungen sind.

4.6. Pflicht des Versicherten

Anlässlich des Vertragsanfangs ist dem Verwalter vom Policeninhaber ein Formular 'Benennung der Begünstigten' zu übermitteln, welches dementsprechend ausgefüllt und vom Versicherten unterzeichnet ist.

Im Todesfall zahlt der Versicherer die Pauschale aus an:

- die benannten Begünstigten des Versicherten;
- oder an die rechtmäßigen Erben, falls keine Begünstigten auf dem obigen Formular benannt wurden.

Diese Auszahlung erfolgt einen Monat nach dem Erhalt:

- einer Kopie der Geburtsurkunde des Verstorbenen oder eine Urkunde des zivilrechtlichen Status, und;
- einer Originalsterbeurkunde, und;
- eines ärztlichen Berichtes mit Bestätigung des Todes, und;
- der Besonderen Bedingungen der Police des Versicherten.

Die Beweispflicht ist die Verantwortung der Begünstigten.

II-5. Unfalltod und -Invalidität

5.1. Zweck und Berechtigung

Der Zweck der Unfallversicherung besteht in der Garantie:

- der Zahlung einer Pauschalsumme bei Unfalltod oder;
- der Zahlung einer Pauschalsumme im Falle eines andauernden, durch einen Unfall verursachten Invaliditätsgrades von wenigstens zwanzig (20) %.

Die Unfallversicherung kann für oder vom Expat als auch für oder von ihren/seinen erwachsenen Angehörigen wie in

Kapitel I definiert (Ehegatte oder gesetzlicher Partner/Kinder ab dem achtzehnten (18.) Lebensjahr) abgeschlossen werden.

5.2. Anzeigefristen bei Unfall und der Ermittlung des Anspruchs und die Zahlung der Leistungen

5.2.1. Anzeigefrist des Unfalls

Ein Unfall, der zu einer andauernden Invalidität oder zum Tod der/des Versicherten führt oder führen kann, muss schriftlich innerhalb von zwei (2) Wochen nach dem Unfallereignis gegenüber dem Versicherer oder dem Verwalter angezeigt werden.

Die Unfallanzeige sollte ausführliche Informationen über die Unfallursache und die Art der Verletzungen enthalten.

5.2.2. Fristen für die Ermittlung des Anspruchs und die Zahlung der Leistungen

Im Falle des Unfalldodes, der innerhalb von zwölf Monaten nach dem Datum des zum Tode führenden Unfalls eintreten muss, erfolgt die Zahlung einer Pauschalsumme zugunsten der benannten Begünstigten der/des verstorbenen Versicherten, wie im Formular 'Benennung der Begünstigten' angegeben.

Im Falle andauernder Invalidität muss die Invalidität spätestens ein (1) Jahr nach dem Datum des Unfalls anerkannt werden. Hat sich der Zustand der/des Versicherten jedoch innerhalb von zwei (2) Jahren nach dem Datum des Unfalls noch nicht vollständig stabilisiert, wird der Grad der andauernden Invalidität auf der Basis des Gesundheitszustandes der/des Versicherten am Ende dieses Zweijahreszeitraums ermittelt.

5.3. Höhe der Versicherungssumme

Die Höhe der Versicherungssumme ist in den Besonderen Bedingungen angegeben. Die Mindestversicherungssumme beträgt jedoch 50.000 Euro/32.500 Britische Pfund/62.500 US-Dollar/75.000 Schweizer Franken und kann bis auf eine Höchstversicherungssumme von 500.000 Euro/325.000 Britische Pfund/625.000 US-Dollar/750.000 Schweizer Franken erhöht werden. Die Versicherungsbeiträge und -leistungen (Pauschalsumme) werden auf der Basis der Versicherungssumme ermittelt.

5.4. Versicherte Leistungen

5.4.1. Unfalldod

Stirbt die/der Versicherte durch einen Unfall, entspricht die vom Versicherer (an die Begünstigten der/des Versicherten) zu zahlende Pauschalsumme 100% der Versicherungssumme, deren Höhe in den Besonderen Bedingungen angegeben ist.

Hat der Versicherer bereits Leistungen für eine andauernde, durch einen Unfall verursachte Invalidität erbracht, wird die

Leistung, die im Falle des sich daraus (innerhalb der in Art. II-5.2. angegebenen Zeitgrenzen) ergebenden Todes, der durch denselben Unfall, der zur Invalidität geführt hat, verursacht wurde, bezahlt werden muss, um den bereits für die Invalidität gezahlten Betrag reduziert.

5.4.2. Unfallbedingte andauernde Invalidität

Im Fall der andauernden, durch einen Unfall verursachten Invalidität der/des Versicherten entspricht die vom Versicherer an die/den Versicherte(n) zu zahlende Pauschalsumme der mit dem Grad der Invalidität (Prozentsatz) multiplizierten Versicherungssumme (wie in den Besonderen Bedingungen angegeben), wobei dieser Prozentsatz im Einklang mit der nachstehenden Invaliditätstabelle ermittelt wird. Bei andauernder Invalidität, deren Grad weniger als zwanzig (20)% beträgt, werden keinerlei Leistungen gezahlt.

Falls die andauernde, durch den Unfall verursachte Invalidität sich gemäß der nachstehenden Invaliditätstabelle auf zwanzig (20)% oder mehr summiert, beläuft sich die Leistung auf den entsprechenden Prozentsatz der Versicherungssumme.

5.5. Ermittlung des Grades der andauernden Invalidität und Anwendung der Invaliditätstabelle

5.5.1. Invaliditätstabelle

Die nachstehende Invaliditätstabelle wird für die Ermittlung des Invaliditätsgrades angewandt:

Vollständige Lähmung	100%
Vollständige Erblindung	100%
Unheilbare und vollständige geistige Invalidität	100%
Amputation oder ständiger Verlust der Funktionsfähigkeit:	
a) beider Arme oder beider Hände	100%
b) beider Beine oder beider Füße	100%
c) eines Armes oder einer Hand oder eines Beines oder eines Fußes	100%
Vollständiger Verlust der Sehfähigkeit eines Auges mit Entfernung des Auges	50%
Vollständiger Verlust der Sehfähigkeit eines Auges	45%
Verlust des Schädelknochens, der ein Loch im Schädel mit:	
a) einer Fläche von wenigstens 6 cm ² bildet	40%
b) einer Fläche zwischen 3 und 6 cm ² bildet	20%
c) einer Fläche von weniger als 3 cm ² bildet	10%
Unheilbarer vollständiger Verlust der Hörfähigkeit auf beiden Ohren	100%
Unheilbarer vollständiger Verlust der Hörfähigkeit auf einem Ohr	50%
Amputation des Unterkiefers	
a) vollständig	70%
b) piell (senkrechter Teilknochen und ganzer oder halber Backenknochen)	40%
Verlust der oberen und unteren Zähne und der Zahnsocket	

a) und dadurch Unmöglichkeit, eine Zahnprothese anzupassen b) Im Falle einer möglichen Zahnprothese mit nachgewiesener funktioneller Verbesserung	10 to 30%	
	1 to 10%	
	Rechts	Links
Verlust eines Armes oder einer Hand	75%	60%
Vollständige Lähmung einer oberen Extremität	65%	55%
Vollständige Lähmung des Zirkumflexnervs	20%	15%
Vollständige Lähmung des Medianernervs	45%	35%
Vollständige Lähmung des Kubitalnervs am Ellbogen	30%	25%
Vollständige Lähmung des Handnervs	20%	15%
Vollständige Lähmung des Radialnervs oberhalb des Trizeps	40%	30%
Vollständige Ankylose der Schulter:		
a) mit Unbeweglichkeit des Schulterblatts b) mit Beweglichkeit des Schulterblatts	65%	55%
	35%	25%
Nicht-konsolidierte Fraktur des Oberarms: (Entstehung einer Pseudo-hrose)	30%	25%
Vollständiger Verlust der Beweglichkeit des Ellbogens:		
a) in einer ungünstigen Position b) in einer günstigen Position	40%	35%
	25%	20%
Nicht-konsolidierte Fraktur des Unterarms: (Entstehung einer Pseudo-hrose)		
a) beider Knochen b) eines Knochens	25%	20%
	10%	8%
Vollständiger Verlust der Beweglichkeit des Handgelenks		
a) in einer ungünstigen Position (Flexion, forcierte Extensionen oder Supination) b) in einer günstigen Position (gerade oder vornübergeneigt)	40%	30%
	20%	15%
Amputation eines Daumens		
a) vollständig b) piell (ungual phalanx)	20%	18%
	10%	8%
Ankylose eines Daumens		
a) vollständig b) piell (ungual phalanx)	15%	12%
	10%	8%
Amputation eines Zeigefingers		
a) vollständig b) zwei Glieder c) ein Glied	16%	14%
	12%	10%
	6%	5%
Amputation eines zweiten Fingers	12%	10%
Amputation eines dritten Fingers	10%	8%
Amputation eines vierten Fingers	8%	6%
Vollständige Lähmung einer unteren Extremität		
		60%
Vollständige Lähmung des internen N. ischiadicus		30%
Vollständige Lähmung des externen N. ischiadicus		30%
Vollständige Lähmung beider N. ischiadicus		40%
Kürzung einer unteren Extremität		
a) von wenigstens 5 cm b) zwischen 3 und 5 cm c) zwischen 1 und 3 cm		30%
		20%
		10%

Vollständige Ankylose der Hüfte:	
a) in einer schlechten Position (Flexion, Adduktion oder Abduktion) b) in einer geraden Position	60%
	40%
Amputation des Oberschenkels:	
a) obere Hälfte und Bein b) untere Hälfte und Bein	60%
	50%
Nicht-konsolidierte Fraktur des Oberschenkels oder beider Beinknochen (Entstehung einer Pseudo-hrose)	50%
Vollständige Ankylose des Knies:	
a) in einer Flexion (ab 130 Grad) b) gerade oder nahezu gerade	50%
	25%
Chronische Gonhrose entsprechend dem Grad der Muskelatrophie	3 bis 20%
Nicht-konsolidierte Fraktur der Kniescheibe mit breiter Separation der Fragmente und erheblichen Problemen beim Strecken des Beins ab dem Oberschenkel	40%
Amputation eines Beines	50%
Tibio-tarsale Ankylose	15%
Amputation eines Fußes:	
a) vollständig (tibio-tarsale Disikulation) b) sub-astragalian c) media-tarian d) tarso-metatarsian	50%
	40%
	35%
	30%
Amputation aller Zehen	20%
Amputation eines großen Zehs	10%
Amputation eines anderen als des großen Zehs	3%
Ankylose des großen Zehs	3,5%

5.5.2. Andauernde Natur der Invalidität

Um für die Zahlung der versicherten Leistung in Frage zu kommen, muss die Invalidität andauernd sein. Das bedeutet, dass medizinisch festgestellt wurde, dass die Fortsetzung der medizinischen Behandlung nicht zu einer signifikanten Besserung des Gesundheitszustands der Person führen wird und dass die Invalidität aus diesem Grund definitiv und irreversibel ist.

5.5.3. Bereits bestehender Zustand der Gebrechlichkeit

Ein bereits zuvor bestehender Zustand der Schwäche von Gliedmaßen oder Organen kann bei der Bewertung der Verletzungen, die durch den Unfall verursacht wurden, nicht berücksichtigt werden.

5.5.4. Maximaler Grad der Invalidität

Der Grad der andauernden Invalidität kann niemals einhundert (100)% übersteigen. Unter keinen Umständen übersteigt die vom Versicherer zu zahlende Summe einhundert (100)% der Versicherungssumme.

5.5.5. Mehrere Verletzungen, die dieselbe Gliedmaße betreffen

Im Falle mehrerer Verletzungen oder Gebrechen, die sich aus demselben Unfall oder aus aufeinander folgenden Unfällen

ergeben, wird jede Verletzung oder Gebrechlichkeit separat beurteilt. Die Summe der Verletzungen oder Gebrechen, die eine Extremität betreffen, kann jedoch nicht zu einem Invaliditätsgrad führen, der den Invaliditätsgrad übersteigt, der dem vollständigen Verlust der entsprechenden Gliedmaße entspricht.

5.5.6. Ereignisse oder Gebrechen, die nicht in der Invaliditätstabelle aufgeführt sind

Bei Ereignissen oder Gebrechen, die nicht in der Invaliditätstabelle aufgeführt sind, wird der Invaliditätsgrad unter Bezug auf die aufgeführten Ereignisse oder Gebrechen ermittelt. Die Invaliditätstabelle wird als Richtlinie verwendet, um den Invaliditätsgrad analog zu den in der Liste aufgeführten Punkten zu ermitteln.

Der zahlbare Betrag ist auf keinen Fall niedriger als der Betrag, der für ein in der Invaliditätstabelle aufgeführtes Ereignis oder Gebrechen, das angemessen vergleichbar ist, zu zahlen wäre.

5.5.7. Vollständiger Verlust der Funktionsfähigkeit einer Gliedmaße

Der vollständige Verlust der Funktionsfähigkeit einer Gliedmaße wird als gleichwertig mit dem vollständigen Verlust der Gliedmaße selbst angesehen.

5.5.8. Linkshänder

Linkshänder, die ihre Linkshändigkeit an der entsprechenden Stelle der Erklärung des Gesundheitszustands angegeben haben, erhalten die gestaffelten Leistungen in Bezug zur oberen rechten Gliedmaße anstelle der oberen linken Gliedmaße und umgekehrt.

5.5.9. Verschlechternde Tatsachen

Im Falle der Verschlechterung der Folgen eines Unfalls als Ergebnis von Gebrechen, Erkrankungen oder Umständen, die von der Unfallursache unabhängig sind, kann der Invaliditätsgrad nicht höher sein als derjenige, der ermittelt worden wäre, wenn der Unfall einen gesunden Organismus betroffen hätte.

5.6. Zusätzliche Ausschlüsse

Neben den in Art. I-11. und I-12. angegebenen allgemeinen Ausschlüssen gelten folgende Ausschlüsse für die Unfallversicherung:

- Unfälle, die das Ergebnis von offenbar tollkühnen und/oder leichtsinnigen Handlungen der/des Versicherten sind, oder Unfälle, die sie/er vorsätzlich verursacht oder provoziert hat;
- die Folgen eines Selbstmords oder eines Selbstmordversuchs;
- Unfälle, die sich im Zustand der Trunkenheit oder unter Einfluss nicht verordneter Medikamente ereignen, es sei denn, die/der Versicherte oder ihre/seine Begünstigten weisen nach, dass ein solcher Zustand nicht die Ursache des Unfalls war;

- Unfälle, die durch ionisierende Strahlungen hervorgerufen werden, die keine für die versicherte medizinische Behandlung notwendigen medizinischen Strahlungen sind;
- Invalidität und/oder Tod infolge einer Krankheit.

5.7. Von der/dem Versicherten zu erfüllende Pflichten

5.7.1. Unfallanzeige

Ein Unfall, der zu einer andauernden Invalidität oder zum Tod der/des Versicherten führt oder führen kann, muss schriftlich innerhalb von zwei Wochen nach dem Unfallereignis (über den Verwalter) gegenüber dem Versicherer angezeigt werden. Die Anzeige muss alle Informationen im Zusammenhang mit dem Unfall enthalten, einschließlich:

- Ort, Datum und ausführliche Beschreibung der Umstände des Unfalls;
- Namen und Anschriften beteiligter Personen;
- Namen und Anschriften von Zeugen und möglicherweise haftbaren Personen;
- des offiziellen Berichts der lokalen Behörden (z.B. Polizeibericht oder andere relevante Dokumente);
- Eine medizinische Bescheinigung mit Angaben zur Natur und zum Umfang der Verletzungen der/des Versicherten und zur voraussichtlichen Dauer der Invalidität ist dieser Anzeige beizufügen.

5.7.2. Veränderungen des Invaliditätsumfangs

Die/Der Versicherte hat dem Versicherer (über den Verwalter) schriftlich innerhalb eines Monats Veränderungen des Invaliditätsumfangs mitzuteilen. Bei Ausbleiben einer solchen Mitteilung sind Beträge, die unrechtmäßig an die/den Versicherte(n) gezahlt wurden, von dieser/m an den Versicherer zurückzuzahlen.

5.7.3. Medizinische Information

Die/Der Versicherte gestattet ihrem/seinem behandelnden Arzt, dem medizinischen Berater des Versicherers sämtliche notwendigen Informationen über den Gesundheitszustand der/des Versicherten mitzuteilen.

5.7.4. Höhere Gewalt

Der Versicherungsschutz geht nicht verloren, wenn die/ der Versicherte nachweisen kann, dass die in diesem Artikel festgelegten Pflichten als Ergebnis von Umständen, die vollständig außerhalb ihrer/seiner Kontrolle liegen (höhere Gewalt), verursacht wurden, oder wenn die Gutgläubigkeit der/des Versicherten nicht in Frage gestellt werden kann.

5.8. Zahlung der Versicherungsleistung

Bei Vertragsbeginn hat der Versicherungsnehmer dem Verwalter das ordnungsgemäß von der versicherten Person ausgefüllte und unterschriebene Formular 'Benennung der Begünstigten' vorzulegen.

Im Falle des durch einen Unfall verursachten Todes der/des Versicherten zahlt der Versicherer die versicherte Pauschalsumme an die von der/dem Versicherten benannten Begünstigten (oder an die gesetzlichen Erben, falls in diesem Formular keine Begünstigten angegeben wurden) innerhalb eines Monats nach Eingang:

- der in Art. II-5.7.1. erwähnten Dokumente;
- einer Kopie der Geburtsurkunde oder des Familienstammbuchs der/des Verstorbenen;
- des Totenscheins im Original;
- einer von einem Arzt ausgestellten, detaillierten ärztlichen Bescheinigung, in der die Todesursache angegeben ist.

Bevor der Versicherungsanspruch ausbezahlt werden kann, muss der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Tod nachgewiesen sein. Die Beweislast hierfür liegt bei den Begünstigten.

Im Falle andauernder, durch einen Unfall verursachter Invalidität zahlt der Versicherer die versicherte Pauschalsumme an die/den Versicherten. Folgende Dokumente müssen dem Verwalter vorgelegt werden:

- die in Art. II-5.7.1. erwähnten Dokumente;
- eine Kopie der Geburtsurkunde der/des Versicherten oder des Familienstammbuchs der betreffenden Person;
- eine ausführliche, von dem behandelnden Arzt ausgestellte ärztliche Bescheinigung, in der die Ursache der Invalidität angegeben ist, sowie alle einschlägigen Unterlagen, die benötigt werden, um die Invalidität exakt zu bewerten (vergleiche Art. II-5.7.1. weiter oben).

Sobald alle Unterlagen beim Verwalter eingegangen sind und der Zustand der/des Versicherten ausreichend stabil ist, um dem medizinischen Berater des Versicherers eine Beurteilung des Invaliditätsgrades (entsprechend den in Art. II-5.5. dargelegten Bestimmungen 'Ermittlung des Grades der andauernden Invalidität') zu ermöglichen, wird die Versicherungssumme innerhalb eines Monats ausbezahlt.

II-6. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (Schutz vor Einkommensverlust)

6.1. Zweck und Berechtigung

Der Zweck der Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit besteht darin, der/dem Versicherten nach Ablauf der nachstehend definierten Karenzzeit die Zahlung einer monatlichen Beihilfe während maximal zwei Jahren für den Fall zu garantieren, dass die/der Versicherte vollkommen unfähig ist, ihrer/seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

kann nur für oder von einem Expat abgeschlossen werden und steht für die Angehörigen (Ehegatte oder gesetzlicher Partner/ Kinder) des versicherten Arbeitnehmers nicht zur Verfügung.

6.2. Medizinische Aufnahme in die Versicherung

Der Beitritt zur Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit hängt von der Aufnahme des Antragstellers durch den medizinischen Berater des Versicherers in die Versicherung ab.

Falls ein Antragsteller die Zusatzversicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit später als die Internationale Krankenversicherung beantragt, muss ein neuer medizinischer Fragebogen ausgefüllt und unterzeichnet werden.

6.3. Leistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

Die Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit sieht eine monatliche Beihilfe für den Fall vor, dass die/der Versicherte – aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung – vollkommen unfähig ist, ihrer/seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen (d.h. die gewöhnliche Erwerbstätigkeit zu dem Zeitpunkt, zu dem die Arbeitsunfähigkeit begonnen hat).

6.4. Karenzzeiten

Die Entschädigung ist zahlbar nach einer Karenzzeit von neunzig (90) Tagen, in der keine Versicherungsleistungen fällig werden, in denen die/der Versicherte vollkommen unfähig ist, ihrer/ seiner der angestammten Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Die Karenzzeit beginnt mit dem Datum der vom behandelnden Arzt festgestellten Arbeitsunfähigkeit.

6.5. Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist durch ausreichende medizinische Nachweise zu belegen, die dem medizinischen Berater des Versicherers von der/dem Versicherten oder ihrem/seinem Arzt vorzulegen sind.

Der medizinische Berater des Versicherers hat das Recht, zusätzliche relevante Informationen anzufordern und/oder die/den Versicherte(n) ärztlich untersuchen zu lassen, um die Arbeitsunfähigkeit festzustellen

6.6. Höhe und Dauer der Leistung

Die Höhe der monatlichen Beihilfe bei vollständiger Unfähigkeit der/des Versicherten, ihrer/seiner angestammten Erwerbstätigkeit nachzugehen, ist in den Besonderen Bedingungen angegeben.

Der zu versichernde Mindestbetrag beträgt 1.000 Euro/650 Britische Pfund/1.250 US-Dollar/1.500 Schweizer Franken (monatliche Beihilfe). Die Versicherungssumme darf weder 80% des (monatlichen) Bruttogehalts der/des Versicherten noch den Betrag von 10.000 Euro/6.500 Britischen

Pfund/12.500 US-Dollar/15.000 Schweizer Franken monatlich übersteigen. Der Versicherungsnehmer legt dem Verwalter eine Kopie der letzten Gehaltsbescheinigung der/des Versicherten vor.

Nach der Karenzzeit von neunzig (90) Tagen wird die Entschädigung so lange bezahlt, wie die/der Versicherte vollständig nicht in der Lage ist, ihrer/seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen, längstens jedoch für die Dauer von zwei Jahren.

6.7. Teilweise Wiederaufnahme der Arbeit

Versicherte, die nach der Karenzzeit von neunzig (90) Tagen die monatliche Beihilfe erhalten und deren Zustand sich dahingehend gebessert hat, dass sie in der Lage sind, ihre Arbeit teilweise wiederaufzunehmen, können innerhalb der maximalen Zweijahresfrist nach Ablauf der Wartefrist weiterhin eine Beihilfe erhalten. Die Höhe dieser Beihilfe wird jedoch reduziert und durch Multiplizieren der gesamten versicherten monatlichen Summe mit dem %-Satz der verbleibenden Erwerbsunfähigkeit ermittelt. Falls der Grad der Erwerbsunfähigkeit unter dreißig (30)% sinkt, wird die Beihilfe eingestellt.

6.8. Rückfall

Im Falle eines Rückfalls wird die Zahlung der Beihilfe ohne Anrechnung einer erneuten Karenzzeit wieder aufgenommen. Unter einem Rückfall versteht man diejenige Arbeitsunfähigkeit, die innerhalb von drei Monaten nach Ende der durch diesen Versicherungsvertrag versicherten Erwerbsunfähigkeit auftritt und durch dieselbe Erkrankung oder denselben Unfall verursacht wurde.

Jede weitere Arbeitsunfähigkeit, die sich aus einem anderen Grund ergibt, ist einer erneuten Karenzzeit von neunzig (90) Tagen unterworfen.

6.9. Zahlung der Versicherungsleistung

Die Arbeitsunfähigkeitsbeihilfe wird jeweils zum Monatsende an die/den Versicherten gezahlt, und zwar erstmals am Ende des Monats, der auf das Ende der Karenzzeit folgt. Endet die Arbeitsunfähigkeit im Laufe eines Monats, wird die Entschädigung anteilig zur Anzahl der in diesem Monat vergangenen Tage fällig.

Die Zahlung endet bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:

- wenn der Grad der Erwerbsunfähigkeit weniger als dreißig (30)% beträgt;
- wenn die/der Versicherte stirbt;
- nach Ablauf des Zweijahreszeitraums, in dem die Beihilfen gezahlt werden;
- für den Fall, dass der Versicherungsvertrag gekündigt wird, weil der Versicherungsbeitrag nicht gezahlt wurde;
- zum Verlängerungsdatum, nachdem die/der Versicherte fünfundsiebzig (65) Jahre alt geworden ist;

- wenn die/der Versicherte die Arbeit in vollem Umfang wieder aufnimmt.

6.10. Zusätzliche Ausschlüsse

Neben den allgemeinen, in Art. I-11. und Art. I-12. angegebenen Ausschlüssen gelten die folgenden Ausschlüsse für die Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit:

6.10.1. Mutterschaftsurlaub und Entbindung

Ein Mutterschaftsurlaub und eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Entbindung sind nicht Bestandteil des Versicherungsschutzes. Sie werden bei der Berechnung der Karenzzeit nicht berücksichtigt und haben keine Leistung zur Folge.

Für den Fall, dass die Versicherte jedoch Leistungen wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit aus anderen Gründen (als Entbindung oder Mutterschaftsurlaub) erhalten und der Mutterschaftsurlaub während dieser Leistungsperiode beginnen sollte, wird die Zahlung der Leistungen ausgesetzt und erst nach dem Ende des Mutterschaftsurlaubs fortgeführt, falls die Versicherte zu diesem Zeitpunkt noch immer nicht in der Lage ist, ihre Arbeit wiederaufzunehmen.

Wenn bei Ablauf des üblichen Mutterschaftsurlaubs einer Versicherten ein Gesundheitszustand besteht, der die Versicherte daran hindert, ihre übliche Erwerbstätigkeit in vollem Umfang wiederaufzunehmen (vollständige Erwerbsunfähigkeit), beginnt die Karenzzeit an diesem Datum.

6.10.2. Gefährliche Sportarten

- Eine Arbeitsunfähigkeit, die sich aus der Ausübung einer Sportart für berufliche Zwecke, selbst im Nebenberuf;
- aus der bezahlten Teilnahme an einem sportlichen Wettkampf;
- oder aus der nicht bezahlten Ausübung von Sportarten, die als schnell und gefährlich gelten, ergibt, wie zum Beispiel:
 - Rugby;
 - Wintersportwettkämpfe und -rennen;
 - Luftsportarten (ausgenommen Ballooning);
 - Großwildjagd (einschließlich Safari);
 - Höhlenerforschung und Höhlentauchen;
 - Bergsteigen, wenn es nicht auf offiziellen Wegen betrieben wird;
 - Motorsportrennen zu Wasser und an Land (ausgenommen Jet-Ski-Fahren zu Erholungszwecken außerhalb eines Wettbewerbs, oder Touristenrallies, für die keine Zeit- oder Geschwindigkeitsvorgaben gemacht wurden);
 - Rafting, Canyoning, Bungee Jumping und ähnliche Sportarten.

6.11. Pflichten der/des Versicherten und/oder des Versicherungsnehmers

6.11.1. Mitteilung über die Arbeitsunfähigkeit

Im Falle einer Unfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall, der üblichen Erwerbstätigkeit nachzugehen, muss diese Arbeitsunfähigkeit dem Verwalter vom Versicherungsnehmer schriftlich so rasch wie möglich, spätestens aber am einundneunzigsten (91.) Tag der Arbeitsunfähigkeit mitgeteilt werden. Zugleich ist ein vom behandelnden Arzt der/des arbeitsunfähigen Versicherten erstellter medizinischer Bericht mit Angaben zur und zum Umfang der Arbeitsunfähigkeit der/des Versicherten sowie zur voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit an den Verwalter zu Händen des medizinischen Beraters des Versicherers weiterzuleiten. Zusätzlich muss ein Einkommensnachweis zur Verfügung gestellt werden.

6.11.2. Veränderungen des Umfangs der Arbeitsunfähigkeit

Die/Der Versicherte und/oder ihr/sein Arzt hat/haben dem medizinischen Berater des Versicherers (über den Verwalter) schriftlich innerhalb eines Monats Veränderungen des Umfangs der Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen. Bei Fehlen einer solchen Mitteilung sind Beträge, die unrechtmäßig an die/den Versicherten gezahlt wurden, von dieser/m an den Versicherer zurückzuzahlen.

6.11.3. Medizinische Information

Die/Der Versicherte gestattet ihrem/seinem behandelnden Arzt, dem medizinischen Berater des Versicherers sämtliche einschlägigen Informationen über den Gesundheitszustand der/des Versicherten mitzuteilen.

6.11.4. Höhere Gewalt/Gutgläubigkeit

Der Versicherungsschutz geht nicht verloren, wenn die/der Versicherte nachweisen kann, dass die in diesem Artikel festgelegten Pflichten als Ergebnis von Umständen, die vollständig außerhalb ihrer/seiner Kontrolle liegen (höhere Gewalt), verursacht wurden, oder wenn die Gutgläubigkeit der/des Versicherten nicht in Frage gestellt werden kann.

II-7. Dauerhafte Berufsunfähigkeit

7.1. Zweck und Berechtigung

7.1.1. Zweck der Versicherung

Der Zweck der Versicherung bei dauerhafte Berufsunfähigkeit besteht darin, der/dem Versicherten, die/der von einer andauernden, durch Krankheit oder Unfall verursachten

Berufsunfähigkeit betroffen ist, die sie/ihn ganz oder teilweise an der Fortsetzung ihrer/seiner Erwerbstätigkeit hindert und somit zu einem vollständigen oder teilweisen Einkommensverlust führt, (bis zum Höchstalter von fünfundsechzig (65) Jahren) die Zahlung einer monatlichen Berufsunfähigkeitsrente zu garantieren.

Die Versicherung deckt die andauernde, durch eine Krankheit oder einen Unfall verursachte Berufsunfähigkeit über den Grad von 33,33% hinaus ab.

Falls der Grad der Berufsunfähigkeit mehr als 66,67% beträgt und die/der Versicherte Unterstützung durch eine dritte Person benötigt, um die grundlegenden Tätigkeiten des Alltags zu erledigen, garantiert die Versicherung darüber hinaus die Zahlung eines zusätzlichen pauschalen Betrags entsprechend den nachstehend dargelegten Bestimmungen.

7.1.2. Berechtigung

Die Versicherung bei dauerhafter Berufsunfähigkeit kann nur als zusätzliche Versicherung (Ergänzung) zur Versicherung gegen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen werden. Die Versicherung bei dauerhafte Berufsunfähigkeit kann nur für oder von einem Expat abgeschlossen werden und steht für die Angehörigen (Ehegatte oder gesetzlicher Partner/ Kinder) der/des Versicherten nicht zur Verfügung.

7.2. Medizinische Aufnahme in die Versicherung

Der Beitritt zur Versicherung bei dauerhafter Berufsunfähigkeit hängt von der Aufnahme des Antragstellers durch den medizinischen Berater des Versicherers in die Versicherung ab.

7.3. Definition der dauerhafte Berufsunfähigkeit (aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls)

7.3.1. Berufsunfähigkeit

Ein(e) Versicherte gilt als berufsunfähig wegen Krankheit oder Unfall, wenn:

- ihre/seine Erwerbsfähigkeit, d.h. die Fähigkeit, ihrer/seiner üblichen Erwerbstätigkeit (Erwerbstätigkeit zu dem Zeitpunkt, in dem die Erwerbsunfähigkeit begonnen hat) oder einer anderen gewinnbringenden Beschäftigung, für die die/der Versicherte durch Schulung, Ausbildung oder Erfahrung angemessen qualifiziert ist, nachzugehen;
- und ihre allgemeine Funktionsfähigkeit aufgrund der betreffenden Erkrankung oder des Unfalls verringert ist. Damit die/der Versicherte für die versicherten Leistungen in Frage kommt, muss medizinisch festgestellt werden, dass die Berufsunfähigkeit der/des Versicherten von andauernder Natur ist und dass der Grad der (Kombination aus) Erwerbs- und Funktionsunfähigkeit 33,33% entsprechend der nachstehenden Berufsunfähigkeitstabelle (siehe Art. II-7.6.) übersteigt.

7.3.2. Dauerhafte Berufsunfähigkeit

Dauerhafte Berufsunfähigkeit bedeutet, dass die Fortsetzung der medizinischen Behandlung nicht zu einer signifikanten Besserung des Gesundheitszustands der/des Versicherten führen wird und dass die Erwerbsunfähigkeit aus diesem Grund definitiv und irreversibel ist.

7.4. Karenzzeit

Die Versicherung bei dauerhafter Berufsunfähigkeit ist eine zusätzliche Versicherung zur Versicherung bei

vorübergehender Arbeitsunfähigkeit. Die Zahlung der Leistung beginnt daher frühestens, nachdem die vom Versicherer im Rahmen der Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit bezahlten Leistungen eingestellt wurden.

7.5. Ermittlung der Berufsunfähigkeit

Der Grad der andauernden Berufsunfähigkeit wird durch eine ärztliche Untersuchung ermittelt. Zu diesem Zweck benennt der Versicherer (oder der Verwalter im Namen des Versicherers) einen Arzt, der den Grad der Berufsunfähigkeit im Einklang mit der nachstehenden Berufsunfähigkeitsstabelle ermittelt.

Grad der Berufsunfähigkeit	Grad der Funktionsunfähigkeit								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%						36.59	40.00	43.27	46.42
20%				36.94	41.60	46.10	50.40	54.51	58.48
30%			36.54	42.17	47.62	52.78	57.69	62.40	66.94
40%			40.00	46.2	52.42	58.09	63.50	68.68	73.68
50%		35.57	43.09	50.00	56.46	62.57	68.40	73.99	79.37
60%		37.80	45.79	53.13	60.00	66.49	72.69	78.62	84.34
70%		39.79	48.20	55.93	63.16	70.00	76.52	82.79	88.79
80%		41.60	50.40	58.48	66.04	73.19	80.00	86.54	92.83
90%		43.27	52.42	60.82	68.68	76.12	83.20	90.00	96.55
100%	34.20	44.81	54.29	63.00	71.14	78.84	86.18	93.22	100.00

7.6. . Höhe und Dauer der Leistung

7.6.1. Berechnung der Höhe der monatlichen Berufsunfähigkeitsrente

7.6.1.1 Versicherte Rente

Die Höhe der versicherten Rente ist in den Besonderen Bedingungen angegeben. Auf keinen Fall ist der Betrag der versicherten Rente höher als die monatliche Beihilfe der Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit.

7.6.1.2 Dauerhafte Berufsunfähigkeit mit einem Grad von weniger als 33,33%

Bei einer Berufsunfähigkeit von weniger als 33,33% werden keine Leistungen gezahlt.

7.6.1.3 Dauerhafte Berufsunfähigkeit mit einem Grad zwischen 33,33% (ein Drittel) und 66,67% (zwei Drittel)

Liegt der gemäß den Bestimmungen der vorstehenden Art. II-7.3. und Art. II-7.5. ermittelte Grad der Berufsunfähigkeit zwischen 33,33% und 66,67%, wird die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente wie folgt berechnet:

$((3 \times n) - 1) \times$ versicherte Entschädigung, wobei 'n' der Grad der Berufsunfähigkeit in % ist.

7.6.1.4 Dauerhafte Berufsunfähigkeit mit einem Grad von mehr als 66,67 % (zwei Drittel)

Liegt der gemäß den Bestimmungen der vorstehenden Art. II-7.3. und Art. II-7.5. ermittelte Grad der Berufsunfähigkeit über 66,67%, wird die Berufsunfähigkeitsrente in voller Höhe der versicherten Rente (einhundert (100)%) gezahlt.

7.6.2. Zusätzliche Pauschalsumme im Falle benötigter Unterstützung durch eine dritte Person

Falls der Grad der Berufsunfähigkeit ab Beginn der Berufsunfähigkeit (d.h. ab Beginn der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente) mehr als 66,67% beträgt und die/der Versicherte ab Beginn der Berufsunfähigkeit Unterstützung durch eine dritte Person benötigt, um die folgenden Tätigkeiten des Alltags zu erledigen:

- sich selbstständig ernähren (zubereitete Nahrung aufnehmen und essen);
- sich selbst anziehen;
- sich selbst waschen;
- die Toilette oder den Toilettstuhl benutzen;
- umhergehen (von einem Bett zu einem Stuhl gehen oder umgekehrt, und die Fähigkeit, sich auf ebenen Flächen zu

bewegen);

- zahlt der Versicherer eine einmalige zusätzliche Leistung in Höhe von 25.000 Euro/16.250 Britischen Pfund/31.250 US-Dollar/37.500 Schweizer Franken als einmaligen Pauschalbetrag an die/den Versicherten.

7.6.3. Jährliche Anpassung der Berufsunfähigkeitsrente (Indexierung)

Die monatliche Berufsunfähigkeitsrente wird jährlich um 2% erhöht.

Diese Anpassung wird erstmals am Ende des ersten Monats des ersten Kalenderjahres, das auf die Zahlung der ersten Leistung folgt, vorgenommen.

7.6.4. Dauer der Leistung

Die Leistungen werden längstens bis zum Ende des Monats bezahlt, in dem die/der Versicherte:

- fünfundsechzig (65) Jahre alt wird;
- verstirbt;
- die Arbeit wieder aufnimmt;
- je nachdem, welches Ereignis zuerst eintritt.

7.7. Auszahlung der Versicherungsleistung

Die Berufsunfähigkeitsrente wird monatlich zum Ende eines jeden Monats zur Zahlung fällig. Bevor eine Zahlung erfolgen kann, muss der Verwalter eine Kopie der Geburtsurkunde oder Familienstammbuchs der/des Versicherten erhalten haben.

7.8. Zusätzliche Ausschlüsse

Neben den allgemeinen, in Art. I-11. und I-12. angegebenen Ausschlüssen gelten die folgenden Ausschlüsse für die Versicherung bei dauerhafter Berufsunfähigkeit:

- Eine Berufsunfähigkeit, die sich aus der Ausübung einer Sportart für berufliche Zwecke, selbst im Nebenberuf, oder aus der bezahlten Teilnahme an einem sportlichen Wettkampf oder aus der nicht bezahlten Ausübung von Sportarten, die als schnell und gefährlich gelten, ergibt, wie zum Beispiel:
 - Rugby;
 - Wintersportwettkämpfe und -rennen;
 - Luftsportarten (ausgenommen Ballonfahren);
 - Großwildjagd (einschließlich Safari);
 - Höhlenerforschung und Höhlentauchen;
 - Bergsteigen, wenn es nicht auf offiziellen Wegen betrieben wird;
 - Motorsportrennen zu Wasser und an Land (ausgenommen Jet-Ski-Fahren zu Erholungszwecken außerhalb eines Wettbewerbs, oder Touristenrallies, für die keine Zeit- oder Geschwindigkeitsvorgaben gemacht wurden);
 - Rafting, Canyoning, Bungee Jumping und ähnliche

Sportarten.

7.9. Von der/dem Versicherten zu erfüllende Verpflichtungen

7.9.1. Ermittlung der Berufsunfähigkeit – medizinische Information

Die Berufsunfähigkeit muss durch ausreichende medizinische Unterlagen belegt werden, die dem medizinischen Berater des Versicherers von der/dem Versicherten und/oder ihrem/seinem Arzt vorzulegen sind.

Die/Der Versicherte gestattet ihrem/seinem behandelnden Arzt, dem medizinischen Berater des Versicherers alle relevanten Informationen den Gesundheitszustand der/des Versicherten betreffend mitzuteilen.

Der medizinische Berater des Versicherers hat das Recht, zusätzliche relevante Informationen anzufordern und/oder die/den Versicherte(n) ärztlich untersuchen zu lassen, um die Erwerbsunfähigkeit festzustellen. Zusätzlich muss ein Einkommensnachweis zur Verfügung gestellt werden.

7.9.2. Veränderungen des Grades der Berufsunfähigkeit

Die/Der Versicherte muss dem Versicherer (über den Verwalter) innerhalb eines Monats Veränderungen des Grades der Berufsunfähigkeit mitteilen. Bleibt eine solche Mitteilung aus, sind Beträge, die unrechtmäßig an die/den Versicherte gezahlt wurden, von dieser/m an den Versicherer zurückzuzahlen.

II-8. Reiseversicherung

Versicherungsschutz	Versicherungssummen und Höchstbeträge	Selbstbehalte bzw. Interventionsschwellen
1. Gepäckschäden		
Unbeabsichtigter Verlust und/oder unbeabsichtigte Beschädigung von Gepäck und persönlichen Gegenständen	Entschädigung in der Höhe des Wiederbeschaffungswerts unter Abzug der Wertminderung je nach Alter des Gegenstandes bis zu einem Höchstbetrag von 4,000 / £ 2,700 / \$ 5,600 / CHF 6,000 pro versicherter Person und Versicherungszeitraum.	€ 30 / £ 20 / \$ 42 / CHF 45 pro versicherter Person und pro Schadensfall
Diebstahl von Wertgegenständen	Entschädigung in der Höhe des Wiederbeschaffungswerts unter Abzug der Wertminderung je nach Alter des Gegenstandes bis zu einem Höchstbetrag von 50% der unter ‚Gepäckschäden‘ aufgeführten Versicherungssumme pro versicherter Person und pro Schadensfall.	
Diebstahl von Gegenständen, die weniger als ein Jahr alt sind	Entschädigung in der Höhe des Neuwerts unter Abzug der Wertminderung je nach Alter des Gegenstandes bis zu einem Höchstbetrag von € 1,000 / £ 675 / \$ 1,400 / CHF 1,500 pro Person und pro Versicherungszeitraum der unter ‚Gepäckschäden‘ aufgeführten Versicherungssumme pro versicherter Person und pro Schadensfall.	
Verspätung des Gepäcktransports zum Aufenthaltsort	Erstattung der Kosten für die Anschaffung der wichtigsten Bedarfsgegenstände pro versicherter Person und pro Schadensfall bis zu einem Höchstbetrag von € 250 / £ 168 / \$ 350 / CHF 375.	Keine
Der Höchstbetrag des Versicherungsschutzes für ‚Gepäckschäden‘, einschließlich ‚Diebstahl von Wertgegenständen‘, ‚Diebstahl von Gegenständen, die weniger als ein Jahr alt sind‘ und ‚Verspätung des Gepäcktransports zum Aufenthaltsort‘, beträgt pro versicherter Person und pro Versicherungszeitraum € 4,000 / £ 2,700 / \$ 5,600 / CHF 6,000.		
2. Verspätung von Flugzeugen oder Zügen		
Verspätung von Flugzeugen oder Zügen im Vergleich zu den ursprünglich auf den Reisetickets angegebenen Zeiten	Erstattung der Kosten für Mahlzeiten, Erfrischungen, Transfers sowie die erste Hotelübernachtung bis zu dem Höchstbetrag von € 200 / £ 135 / \$ 280 / CHF 300 pro versicherter Person und pro Versicherungszeitraum.	Interventionsschwelle: <ul style="list-style-type: none"> um mehr als 4 Stunden verspäteter Abflug des Flugzeugs um mehr als 2 Stunden verspätete Ankunft des Zugs

8.1. Allgemeine Bestimmungen

8.1.1. Definition der Begünstigten

Alle Personen, welche über CIGNA Life Insurance Company of Europe NV einen Vertrag unterzeichnen, als Expat über ihren Arbeitsvertrag sowie ihre(n) gesetzliche(n) Partner/in und ihre Kinder, welche zur Zeit der Unterzeichnung des heutigen Vertrages steuergemäß abhängig erklärt wurden.

Der heutige Vertrag wird von den folgenden Personen unterzeichnet werden können:

- eine physische Person, welche als Expat tätig ist und unter fünfundsechzig (75) Jahre alt ist.
- eine moralische Person, von der/die Mitarbeiter/in (und falls zutreffend dessen/derer Angehörigen) unter fünfundsechzig (75) Jahre alt ist.

Ab dem fünfundsechzigsten (75.) Geburtstag des/der Versicherten und seiner Angehörigen wird der Versicherungsschutz des heutigen Vertrags automatisch beendet.

8.1.2. Geltungsbereich

Weltweit.

8.1.3. Ausschlüsse für jeden Versicherungsschutz

Neben den besonderen Ausschlüssen für die einzelnen Versicherungsleistungen versichert MA niemals die Folgen der folgenden Umstände und Ereignisse:

- Bürgerkrieg oder Auslandskrieg, Unruhen, Volksbewegungen, Streiks, Geiselnahmen, Waffenbenutzung;
- Ihre freiwillige Teilnahme an Wetten, Verbrechen oder Schlägereien, außer im Falle der Notwehr;
- Jede Auswirkung atomaren Ursprungs bzw. jede durch eine ionisierende Strahlenquelle verursachte Auswirkung;
- Ihre vorsätzlichen Handlungen und arglistigen Verstöße, einschl. Freitod und Selbstmordversuch;
- Ihr Alkohol-, oder Drogenverbrauch bzw. der Genuss jeder Rauschgiftsubstanz, die im Gesetzbuch über das öffentliche Gesundheitswesen (‘Code de la Santé publique’) genannt wird, die nicht von einem Arzt verschrieben wurden;

- Ereignisse, für die entweder der Veranstalter Ihrer Reise in Anwendung des lokalen Rechts, in dem die Bedingungen für die Betreibung von Reiseverkaufs- und Reiseveranstaltungsgeschäften festgelegt sind, oder der Transporteur insbesondere auf Grund der Flugsicherheit und/oder des Overbookings haften könnte.
- Ihre Weigerung, den ursprünglich von der zuständigen Stelle vorgesehenen Flug zu nehmen.

8.1.4. Finanzielle Zusagen von MA

Die Organisation einer der vorstehend dargelegten Assistance durch den Bezugsberechtigten oder den Kreis um ihn führt nur dann zu einer Erstattung, wenn MA vorher benachrichtigt wurde und ihre ausdrückliche Zustimmung erteilt hat, insbesondere mit den einzusetzenden Mitteln, indem sie per Fax, e-Mail, Telegramm oder Telex eine Vorgangsnummer mitteilt. In diesem Fall werden die aufgewandten Kosten gegen Vorlage der Belage bis zu dem Höchstbetrag zurück erstattet, den CIGNA Life Insurance Company of Europe NV aufgewandt hätte, um den Dienst zu organisieren.

8.1.5. Rechtsübertragung

MA tritt bis zum Höchstbetrag der von ihr bezahlten Entschädigungen und erbrachten Dienste in die Rechte und Ansprüche des Bezugsberechtigten gegen jede Person ein, die für den Tatbestand haftet, aufgrund dessen sie eingeschritten ist.

Wenn die zur Erfüllung dieses Vertrags erbrachten Leistungen ganz oder teilweise von einer landesweiten Sozialversicherungskasse oder jede andere Einrichtung abgedeckt werden, so tritt MA in die Rechte und Klagen des Versicherten gegen das besagte System bzw. gegen die besagte Einrichtung ein.

8.1.6. Verjährung

Jeder Anspruch, der aus dem Versicherungsschutz, **expatplus®** – ASSISTANCE' abgeleitet wird, verjährt innerhalb von zwei (2) Jahren nach dem Ereignis, in dem sie ihren Ursprung hat.

8.2. Gepäckschäden

8.2.1. Versicherungsleistung

8.2.1.1 Unbeabsichtigter Verlust und/oder unbeabsichtigte Beschädigung von Gepäck und persönlichen Gegenständen

Der Assistanceanbieter versichert im Rahmen der in der Tabelle angegebenen Versicherungssummen und Selbstbeteiligungen den unbeabsichtigten Verlust und/oder die unbeabsichtigte Beschädigung von Gepäck und persönlichen Gegenständen, die der Versicherte mit auf Reisen genommen hat bzw. während seiner Reise gekauft hat, und zwar:

- die teilweise oder vollständige Zerstörung,

- den Verlust während des Transports durch ein Transportunternehmen, sofern das Gepäck bzw. die vom Versicherten mitgeführten bzw. im Laufe der Reise gekauften Gegenstände diesem anvertraut wurden,
- Diebstahl, sofern die besonderen Richtlinien in Bezug auf den Diebstahl von Wertgegenständen aus Artikel 2 eingehalten wurden.

Besondere Fälle:

- Unbeabsichtigte Beschädigung von Foto- und Videomaterial: Der Assistanceanbieter versichert die unbeabsichtigte Beschädigung von Foto- und Videomaterial, sofern die Gegenstände bei einem körperlichen Unfall des Versicherten beschädigt werden.
- Diebstahl aus einem Fahrzeug: Der Assistanceanbieter versichert den Diebstahl der Gegenstände, die in einem Kofferraum vor den Blicken anderer geschützt sind, wenn das Fahrzeug des Versicherten zwischen sieben (7) Uhr und zweiundzwanzig (22) Uhr (Ortszeit) aufgebrochen wird. Das Fahrzeug darf kein Cabrio sein, muss vollständig verschlossen sein, Fenster und Sonnendach müssen geschlossen sein. Der Versicherte muss den Nachweis liefern, dass das Fahrzeug aufgebrochen wurde und zu welchem Zeitpunkt der Diebstahl stattgefunden hat.

8.2.1.2 Diebstahl von Wertgegenständen

Der Assistanceanbieter versichert im Rahmen der in der Tabelle aufgeführten Versicherungssummen und Selbstbeteiligungen den Diebstahl von Wertgegenständen, die der Versicherte bei sich trägt oder nutzt bzw. welche er in einem Schließfach oder in einem Hoteltresor deponiert hat.

8.2.1.3 Verspätung des Gepäcktransports zum Aufenthaltsort

Bei einer Verspätung von mehr als 24 Stunden beim Gepäcktransport zum Aufenthaltsort erstattet der Assistanceanbieter auf Vorlage von Belegen im Rahmen der Höchstbeträge der in der Tabelle aufgeführten Versicherungssummen und Selbstbeteiligungen die Kosten, die der Versicherte für die Anschaffung der wichtigsten Bedarfsgegenstände nachweisen kann.

8.2.2. Beurteilung der Entschädigung

8.2.2.1 Entschädigungsleistung

Zufälliger Verlust und/oder Beschädigung von Gepäck und persönlichen Gegenständen

Für die Entschädigungsleistung gelten für jeden Versicherten die Höchstbeträge für die Gesamtschäden im Versicherungszeitraum, welche in der Tabelle der Versicherungssummen und Selbstbeteiligungen aufgeführt sind.

Diebstahl von Wertgegenständen

Die Entschädigung im Falle eines Diebstahls von Wertgegenständen beträgt maximal fünfzig (50)% der

Versicherungssumme unter 'Unbeabsichtigter Verlust und/oder unbeabsichtigte Beschädigung von Gepäck und persönlichen Gegenständen'.

- Verspätung des Gepäcktransports zum Aufenthaltsort. Kommt es zu einer Verzögerung beim Transport des Gepäcks zum Aufenthaltsort, gilt der Versicherungsschutz bis zu den Höchstbeträgen der in der Tabelle aufgeführten Versicherungssummen und Selbstbeteiligungen.
- Die Entschädigungen können nicht mit der Versicherungssumme 'Unbeabsichtigter Verlust und/oder unbeabsichtigte Beschädigung von Gepäck und persönlichen Gegenständen, kumuliert werden.
- Kommen infolge eines einzigen Ereignisses beide Versicherungen zum Tragen, so wird die für die Verzögerung des Gepäcktransports zum Aufenthaltsort gezahlte Entschädigung von dem noch ausstehenden Betrag für die Leistung in Bezug auf den 'Unbeabsichtigten Verlust und/oder die unbeabsichtigte Beschädigung von Gepäck und persönlichen Gegenständen, abgezogen.

8.2.2.2 Berechnung der Entschädigung

Die Entschädigung wird anhand des Wiederbeschaffungswertes eines gleichgearteten Gegenstandes berechnet unter Abzug der Wertminderung je nach Alter des Gegenstandes (Zeitwert) und zwar im Rahmen der in der Tabelle aufgeführten Versicherungssummen und Selbstbeteiligungen aufgeführten Beträge.

Die Entschädigung wird für jeden Fall einzeln eingeschätzt und kann niemals den tatsächlichen Schaden überschreiten oder andere indirekte Schäden berücksichtigen.

Erhält der Versicherte die gestohlenen oder verloren gegangenen Gegenstände zurück

Erhält der Versicherte die gestohlenen oder verloren gegangenen Gegenstände zurück, muss er den Assistanceanbieter per Einschreiben sofort darüber informieren, wenn ihm dies mitgeteilt wird:

- wenn der Versicherte noch keine Entschädigung vom Assistanceanbieter erhalten hat, muss er diese Gegenstände wieder in Besitz nehmen, und wenn die Leistung übernommen wird, muss der Assistanceanbieter nur für möglicherweise aufgetretene Beschädigungen und abhanden gekommene Gegenstände zahlen;
- wenn der Versicherte bereits eine Entschädigung vom Assistanceanbieter erhalten hat, kann er wählen, ob er seinen Antrag fallen lässt, die Gegenstände wieder zurücknimmt und die bereits gezahlte Entschädigung zurückzahlt, und zwar unter Abzug der Beträge für möglicherweise aufgetretene Beschädigungen oder

fehlende Dinge.

Erklärt der Versicherte jedoch nicht binnen fünfzehn (15) Tagen, nachdem er darüber informiert wurde, dass die Gegenstände gefunden wurden, dass er diese Gegenstände wieder in Besitz nimmt, geht er Assistanceanbieter davon aus, dass der Versicherte sich entschließt, den Antrag fallen zu lassen.

8.2.3. Haftungsausschluss

Abgesehen von den Haftungsausschlüssen in Bezug auf sämtliche Leistungen, gilt Folgendes ebenfalls als ausgeschlossen:

- Diebstahl, Beschädigung, Zerstörung oder Verlust:
 - infolge einer Entscheidung seitens einer Behörde oder dem Verbot, bestimmte Gegenstände mit sich zu führen bzw. zu transportieren;
 - wenn diese während eines Umzugs auftreten;
- die vollständige oder teilweise Zerstörung, die Beschädigung und der Verlust von Wertgegenständen egal welcher Art, u. a. während ihrer Beförderung durch ein Transportunternehmen;
- der Diebstahl, der während der Dienstzeit durch das Personal des Versicherten erfolgt;
- der Diebstahl, bei dem kein Einbruch oder die Verwendung von nachgemachten Schlüsseln vorliegt;
- der Diebstahl von Dingen an einem öffentlichen Ort, an dem die Gegenstände nicht permanent beaufsichtigt wurden;
- die Zerstörung infolge eines Fehlers des versicherten Gegenstandes, infolge der normalen Verwendung oder wegen des Auslaufens von Flüssigkeiten, Fetten, Farbstoffen und korrodierenden Mitteln, die zu dem versicherten Gepäck gehören;
- die Zerstörung von zerbrechlichen Gegenständen, vor allem Geschirr und Gegenstände aus Glas, Porzellan und Marmor;
- durch das Handeln des Versicherten oder das Handeln einer Begleitperson des Versicherten verloren gegangene, vergessene oder verlegte Gegenstände;
- Beschädigungen aufgrund von Striemen, Kratzern, Rissen oder Flecken;
- Schäden aufgrund von Unfällen, die durch Raucher verursacht wurden;
- Schäden in Bezug auf:
 - Dokumente, Ausweise und Pässe, Kreditkarten, Karten mit Magnetstreifen, Fahr-/Flugscheine, Bargeld, Wertpapiere, Schlüssel,
 - Waren, medizinisches Material und Medikamente, verderbliche Lebensmittel, Weine und Spirituosen, Zigaretten, Zigarren und Tabak,
 - sämtliches Material und Ausrüstung für die alpine Skifahrt, Langlauf, Wasserski (Skier, Monoski, Surfboards, Wakeboards, Stöcke, Schuhe, ...), Surfbretter,

Golfausrüstung, Tauchflaschen, Fahrräder, Gleitschirme, Fallschirme, Flugdrachen, Boote, Autozubehör, Einrichtungsgegenstände von Wohnwagen, Wohnmobilen oder Booten,

- Musikinstrumente, Kunstwerke, durch einen Handwerker hergestellte Gegenstände, Antiquitäten, Kultobjekte, Sammlerstücke,
- Spielekonsolen und Zubehör,
- die vom Versicherten getragene Kleidung und Accessoires,
- Brillen (Gläser und Fassungen), Kontaktlinsen, Prothesen und Hilfsmitteln aller Art, außer wenn diese bei einem schweren körperlichen Unfall des Versicherten zerstört werden,
- Tiere.

8.2.4. Was der Versicherte im Schadensfall tun muss

Der Versicherte muss:

- Im Falle eines Diebstahls: binnen achtundvierzig (48) Stunden bei der dem Tatort am nächsten gelegenen Polizeidienststelle Strafanzeige erstatten.
- Im Falle der vollständigen oder teilweisen Zerstörung: muss er die Schäden durch den Verantwortlichen oder eine kompetente Person/Einrichtung feststellen lassen, und zwar schriftlich; im Zweifelsfall durch einen Zeugen.
- Im Falle des Verlustes oder der teilweisen oder vollständigen Zerstörung durch ein Transportunternehmen: muss er den Schaden von einem dazu qualifizierten Mitarbeiter dieses Unternehmens aufnehmen lassen.

In allen Fällen muss er:

- sämtliche Maßnahmen treffen, um die Folgen des Schadens so geringfügig wie möglich zu halten;
- Dem Assistanceanbieter den Schaden binnen fünf (5) Werktagen per Einschreiben mitteilen, und zwar ab dem Zeitpunkt, ab dem er von dem Schaden erfahren hat, außer bei unvorhersehbaren Ereignissen oder bei höherer Gewalt; bei Diebstählen gilt eine Frist von achtundvierzig (48) Stunden.

Wird die Meldefrist nicht eingehalten, verliert der Versicherte jeden Anspruch auf Entschädigung, sofern dem Assistanceanbieter aufgrund der verspäteten Mitteilung ein Schaden entsteht.

- Sie können mit dem Assistanceanbieter unter der folgenden Adresse direkt Kontakt aufnehmen:
 - <https://declaration-sinistre.mondial-assistance.fr>
 - oder per Telefon unter der Nr. + 33 1 42 99 03 95 Montag bis Freitag von 9:00 bis 18:00 Uhr
 - oder per Fax unter der Nr. + 33 1 42 99 03 25.
- Das Assistanceanbieter informiert den Versicherten über

alle Einzelheiten zur Zusammenstellung der erforderlichen Unterlagen und der Versicherte sendet die Dokumente, die seinen Antrag gegenüber dem Assistanceanbieter rechtfertigen an den Assistanceanbieter, d. h.

- die Versicherungspolice bzw. eine Kopie davon,
- die Bestätigung über die Erstattung der Strafanzeige,
- die vom Transportunternehmen ausgestellte Schadens- oder Verlustmeldung,
- die Originalbelege für Käufe, Reparaturen oder Instandsetzungen,
- Fotos (bei Wertgegenständen)
- der Nachweis über den Aufbruch des Fahrzeugs
- alle weiteren vom Assistanceanbieter verlangten Nachweise.

8.3. Verspätung von Flugzeugen oder Zügen

8.3.1. Versicherungsleistung

Bei der Verspätung eines Flugzeugs oder eines Zuges gewährleistet der Assistanceanbieter im Rahmen der in der Tabelle aufgeführten Versicherungssummen und Selbstbeteiligungen die Erstattung der Zusatzkosten: für Mahlzeiten, Erfrischungen, den Hin- und Rücktransfer zum Flughafen bzw. Bahnhof und die erste Hotelübernachtung.

Der Leistungsanspruch besteht ab einer Verspätung von vier (4) Stunden im Vergleich zur ursprünglich vorgesehenen Abflugzeit für alle Linienflüge, deren Abflugs- und Ankunftszeiten veröffentlicht wurden, bzw. für Charterflüge, deren Abflugs- und Ankunftszeiten auf dem Flugticket angegeben sind oder dem Versicherten von der Reisegesellschaft mitgeteilt wurden.

Der Leistungsanspruch besteht ab einer Verspätung von zwei (2) Stunden eines Zuges im Vergleich zur auf dem Zugticket angegebenen ursprünglichen Ankunftszeit.

Der Versicherungsschutz gilt für alle Hin- und Rücktransporte während der auf dem Ticket angegebenen Zeiträume und für die darin genannten Zielländer.

8.3.2. Haftungsausschluss

Abgesehen von den Haftungsausschlüssen in Bezug auf sämtliche Leistungen, sind ebenfalls mehrere aufeinanderfolgende Verspätungen ausgeschlossen:

- wenn ein Flugzeug oder ein Zug vorläufig oder definitiv und auf Anweisung der Flugaufsicht, einer Verwaltungsbehörde, der zivilen Luftfahrtbehörde oder einer anderen Behörde ausfällt, wobei dies mehr als 24 Stunden vor dem Abflug/der Abfahrt bekannt gegeben wurde;
- wenn der Versicherte den Flug oder den Zug, für den seine Reservierung bestätigt war, aus welchem Grund auch immer verpasst;
- sämtliche Flüge, die der Versicherte nicht zuvor hat

bestätigen lassen, es sei denn, dass er durch einen Streik oder einen Fall von höherer Gewalt daran gehindert wurde.

- wenn der Versicherte nicht an Bord gelassen wurde, weil er die Zeiten für das Einchecken des Gepäcks nicht eingehalten und/oder keine Bordkarte vorgezeigt hat.
- wegen eines jeden Ereignisses, welches die Sicherheit des Versicherten während der Reise gefährdet, weil das Außenministerium in Bezug auf das Reiseziel eine Warnung herausgegeben hat.

8.3.3. Was der Versicherte im Fall einer Verspätung tun muss

Er muss dem Assistanceanbieter binnen fünf (5) Werktagen ab dem Zeitpunkt, ab dem er von dem Schaden erfahren hat, den Schaden melden – außer bei unvorhersehbaren Ereignissen oder bei höherer Gewalt: Und zwar direkt unter der folgenden Adresse:

- <https://declaration-sinistre.mondial-assistance.fr>
- oder per Telefon unter der Nr. + 33 1 42 99 03 95
Montag bis Freitag von 9:00 bis 18:00 Uhr
- oder per Fax unter der Nr. + 33 1 42 99 03 25.

Nach Ablauf der Meldefrist verliert der Versicherte jeden Anspruch auf Entschädigung, sofern dem Assistanceanbieter aufgrund der verspäteten Mitteilung ein Schaden entsteht.

Der Assistanceanbieter informiert den Versicherten über alle Einzelheiten zur Schadensmeldung und der Versicherte ist verpflichtet sämtliche Unterlagen und Informationen zu liefern, die seinen Antrag gegenüber dem Assistanceanbieter rechtfertigen, d. h.

- eine Bestätigung des Transportunternehmens, welches den Grund und die Dauer der aufgetretenen Verspätung beinhaltet, sowie die Bestätigung, dass der Versicherte seine Beförderung wirklich reserviert hat, sowie das Original der Bordkarte,
- die Tickets,
- die Belege über die aufgrund der Verspätung angefallenen Zusatzkosten.

RAHMENBEDINGUNGEN

Für weitere Informationen, bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung.

expatplus®
P.O. Box 69
2140 Antwerpen
BELGIEN
Tel. + 32 3 217 65 29
Fax + 32 3 663 73 14
info@expatplus.com

www.expatplus.com



is a product of

