

Allgemeine Versicherungsbedingungen 2026 -2027

MyHealth International

Alles über Ihren Vertrag und Ihre Leistungen

Referenz: NMHI26

April International
VERSICHERUNG LEICHT GEMACHT

Inhaltsverzeichnis

1. **Definitionen zur Funktionsweise Ihres Vertrags** ..... **S. 3**
1.1. Gemeinsame Definitionen für alle Versicherungen des Vertrags ..... S. 3
1.2. Spezifische Definitionen der Krankenversicherung ..... S. 4
1.3. Spezifische Definitionen der Assistance-Versicherung ..... S. 4
1.4. Spezifische Definitionen der Privathaftpflichtversicherung ..... S. 4

2. Wer ist für diesen Vertrag berechtigt? ..... **S. 5**

3. Geltungsbereich Ihres Vertrags ..... **S. 6**

4. Was durch Ihren Vertrag versichert ist ..... **S. 6**
4.1. Welche Leistungen sind durch Ihren Vertrag versichert? ..... S. 6
4.2. Krankenversicherung ..... S. 7
4.3. Assistance-Versicherung ..... S. 16
4.4. Privathaftpflichtversicherung ..... S. 22

5. Was aus Ihrem Vertrag ausgeschlossen ist ..... **S. 23**

6. *Datum des Inkrafttretens*, Vertragslaufzeit und Vertragswiderrufung ..... **S. 27**
6.1. Wann tritt Ihr Vertrag in Kraft? ..... S. 27
6.2. Für Ihren Vertrag geltende Wartezeiten ..... S. 27
6.3. Vertragslaufzeit und Vertragsverlängerung ..... S. 28
6.4. Ab wann gelten die Leistungen Ihres Vertrags nicht mehr? ..... S. 28
6.5. Wie können Sie Ihren Vertrag widerrufen? ..... S. 28

7. *Beiträge* ..... **S. 29**
7.1. Die Berechnung und die Entwicklung Ihrer *Beiträge* ..... S. 29
7.2. Die Zahlungsweisen ..... S. 29
7.3. Was passiert bei Nichtzahlung der *Beiträge*? ..... S. 30

8. Änderung Ihres Vertrags ..... **S. 30**
8.1. Wie können *Sie* Ihren Vertrag ändern? ..... S. 30
8.2. Welche Informationen müssen *Sie* uns mitteilen? ..... S. 30

9. Allgemeine Bestimmungen ..... **S. 31**

Die Erstattungen des Versicherungsträgers und anderer öffentlicher oder privater Stellen dürfen die tatsächlich entstandenen Kosten nicht übersteigen. Kumulative Leistungen werden im Rahmen der jeweiligen Leistung begrenzt, unabhängig vom Zeitpunkt ihres Abschlusses. Innerhalb dieser Grenzen können *Sie* die Entschädigung bei der Einrichtung Ihrer Wahl beantragen. UNTER ANDROHUNG DES VERLUSTS DER VERTRAGSANSPRÜCHE, MÜSSEN *SIE* MEHRFACHVERSICHERUNGEN ANGEBEN. DIESE VERPFLICHTUNG GILT FÜR DIE GESAMTE LAUFZEIT DES VERTRAGS. Die Begrenzung der Erstattungen auf die tatsächlich entstandenen Kosten wird vom Versicherer für jeden versicherten Leistungsbereich oder jede versicherte Leistung festgelegt.

1. Definitionen zur Funktionsweise Ihres Vertrags

Da der Versicherungswortschatz sehr speziell ist und wir möchten, dass Sie Ihren Vertrag richtig verstehen, definieren wir für Sie nachfolgend die wichtigsten verwendeten Begriffe. Immer, wenn die folgenden Begriffe mit Großbuchstaben und in Kursivschrift geschrieben sind, haben sie die folgende Bedeutung:

1.1. Gemeinsame Definitionen für alle Versicherungen des Vertrags:

A **AUFENTHALTSLAND:** Das Land, in dem *Sie* sich gewöhnlich aufhalten und das sich von dem *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit* unterscheidet, wie auf der Aufnahmebescheinigung angegeben.

AUSSCHLÜSSE: Alles, was nicht durch den Versicherungsvertrag versichert ist. Alle Verträge enthalten Versicherungs*ausschlüsse*.

ANSPRUCHSBERECHTIGTER: *Ehepartner und Kinder*, für die Unterhalt gezahlt wird, die von den Leistungen des Vertrags profitieren und in der Versicherungsbescheinigung aufgeführt sind.

AUSSCHLUSSLÄNDER: In einigen Ländern oder Regionen wird in Abhängigkeit von Ereignissen, zu denen es dort kommen könnte, kein Versicherungsschutz gewährt. Die vollständige Liste der *Ausschlussländer* ist auf unserer Webseite unter diesem **Link** zugänglich oder auf Anfrage unter +49 (0)221 29 29 482-0 oder per E-Mail an kundenbetreuung@april.com erhältlich. Diese Liste der *Ausschlussländer* ist Änderungen vorbehalten.

B **BEITRAG:** Vom *Versicherungsnehmer* als Gegenleistung für den von der Versicherung gewährten Versicherungsschutz zu zahlende Summe.

D **DATUM DES INKRAFTTRETENS:** Datum, an dem der Vertrag beginnt und das auf der *Versicherungsbescheinigung* vermerkt ist.

G **GESUNDHEITLICHE AFFEKTION:** Veränderung des Gesundheitszustands oder *Krankheit*.

H **HAUPTVERSICHERTER:** Natürliche Person, deren Aufnahmeantrag zur Versicherung angenommen wurde und welche für die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen berechtigt ist, wird in diesem Dokument als "*Sie*" bezeichnet.

HERKUNFTSLAND*: Aufenthaltsland* des *Versicherten* vor seiner Auswanderung oder *das Land seiner Staatsangehörigkeit,* welches von dem angegebenen *Aufenthaltsland* abweichend ist.

K **KRANKHEIT:** Jede von einem zuständigen *zugelassenen Arzt* festgestellte Veränderung des Gesundheitszustands.

LAND DER STAATSANGEHÖRIGKEIT: Land, für das *Sie* einen gültigen Reisepass oder ein anderes gültiges amtliches Ausweisdokument besitzen.

L **LEBENSPARTNER:** Der Ehemann oder die Ehefrau des *Hauptversicherten* oder dessen eingetragener *Lebenspartner*.

M **MEDIZINISCHE VERSORGUNG:** Vorfall, der eine ärztliche Konsultation und/oder eine ärztliche Verschreibung und/oder eine medizinische Behandlung erfordert.

P **PLÖTZLICHE ERKRANKUNG:** Jede Beeinträchtigung der Gesundheit, die von einem zuständigen *zugelassenen Arzt* festgestellt wird und einen plötzlichen und unvorhersehbaren Charakter hat.

S **SCHADENSFALL:** Ereignis, *Krankheit* oder *Unfall*, wodurch während der Gültigkeit des Vertrages der Versicherungsschutz beansprucht wird.

SELBSTBEHALT: Summe, die bei der Erstattung der Kosten eines *Schadensfalles* zu Ihren Lasten geht.

SYMPTOM: Ein funktionelles, empfundenes oder beobachtbares Anzeichen, das eine Manifestation eines Zustands oder einer *Krankheit* darstellt und es ermöglicht, diese zu erkennen.

U **UNFALL:** Jede nicht vorsätzliche körperliche Schädigung des *Versicherten* im Ergebnis eines heftigen, plötzlichen, gewaltsamen, von außen verursachten Ereignisses mit zufälliger und unvorhersehbarer Eigenschaft, deren Opfer der *Versicherte* während der Gültigkeitsdauer seiner Versicherungsleistungen wird. Es obliegt Ihnen, den Nachweis des *Unfalls* und des direkten Zusammenhangs zwischen diesem und den entstandenen Kosten zu erbringen.

UNTERHALTSBERECHTIGTES KIND: Ihr Kind bzw. das Kind Ihres *Lebenspartners*, welches ledig und bis 21 Jahre steuerlich *unterhaltsberechtigt* ist. Kinder unter 28 Jahren, die ein Studium absolvieren, sind ebenfalls mitversichert, sofern sie in derselben *Versicherungszone* wie *Sie* ansässig sind, auch wenn sie nicht mehr bei Ihnen wohnen.

V **VERSICHERUNGSBESCHEINIGUNG:** Dokument, das *wir* dem *Versicherungsnehmer* aushändigen, das seinen Abschluss des Vertrages MyHealth International bestätigt und aus dem vor allem die *Versicherten*, das *Datum des Inkrafttretens* sowie die gewählten Versicherungen und Tarife hervorgehen. Die *Versicherungsbescheinigung* entspricht den Besonderen Vertragsbedingungen.

VERSICHERUNGSJAHR: Zeitraum von zwölf aufeinanderfolgenden Monaten, der mit dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages beginnt.

VERSICHERUNGSNEHMER: Natürliche oder juristische Person, die dem von der vertragschließenden Vereinigung abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrag freiwillig beitritt und sich zu den entsprechenden Obliegenheiten verpflichtet, insbesondere zur Zahlung der *Beiträge*. Seine Kontaktdaten sind auf der *Versicherungsbescheinigung* aufgeführt. Der *Versicherungsnehmer* schließt den Vertrag entweder für sich selbst oder als gesetzlicher Vertreter einer zu versichernden Person oder als gesetzlicher Vertreter für ein beitretendes Unternehmen ab.

VERSICHERUNGSZONE: Geografischer Bereich, in dem *Sie* ganzjährig versichert sind und welcher auf Ihrer *Versicherungsbescheinigung* aufgeführt ist.

VORERKRANKUNG: *Gesundheitliche Affektion* oder Pathologie, die vor dem Datum der Unterzeichnung Ihres Aufnahmeantrages (und Ihres Gesundheitsfragebogens) diagnostiziert, *medizinisch versorgt*, ärztlich untersucht und/oder behandelt wurde. Als *Vorerkrankung* gelten alle *gesundheitlichen Affektionen* und/oder *Symptome* dieser Art, die eine *medizinische Versorgung* zur Folge haben, über die *Sie* Kenntnis hatten bzw. über die *Sie* zum Zeitpunkt des Abschlusses dieses Vertrages in vertretbarer Weise hätten Kenntnis haben können.

VERSICHERTE: Bezeichnet den *Hauptversicherten* und die in der *Versicherungsbescheinigung* genannten *Anspruchsberechtigten*.

W **Wir:** APRIL International Care France

Z **ZUGELASSENER ARZT:** Jede Person, die über ein gültiges Diplom der Medizin oder Chirurgie verfügt und zur Ausübung ihrer jeweiligen Fachrichtung in dem Land berechtigt ist, in dem *Sie* sich aufhalten.

1.2. Spezifische Definitionen der Krankenversicherung:

A **ANGEMESSENE UND ÜBLICHE KOSTEN:** Heilbehandlungskosten gelten als angemessen und üblich, wenn sie nicht die Tarife überschreiten, die üblicherweise für eine identische Leistung oder eine Behandlung angewendet werden, an dem Ort, an dem sie entstanden sind. Heilbehandlungskosten können je nach Land, Arzt und Krankenhaus unterschiedlich hoch sein: Mitunter erheben einige medizinische Fachkräfte oder Einrichtungen bei den gleichen erbrachten Leistungen höhere Honorare als andere. Um diesem Missbrauch vorzubeugen und dank einer guten Kenntnis der lokalen Gesundheitssysteme haben *wir* Datenbanken aufgebaut, in denen *wir* seit über 30 Jahren die verschiedenen Gebührenordnungen registrieren und die jedes Jahr aktualisiert werden. Wenn unserer Ansicht nach ein Antrag auf Erstattung unangemessen scheint, behalten *wir* uns das Recht vor, den zu erstattenden Betrag zu verringern oder den Leistungsantrag abzulehnen.

ANTRAG AUF VORHERIGE KOSTENZUSAGE: Formular, das von Ihrem Arzt auszufüllen ist, um unsere *vorherige Kostenzusage* zu bestimmten Maßnahmen oder Behandlungen einzuholen.

M **MEDIZINISCHER NOTFALL:** Jede plötzliche und unvorhersehbare Verschlechterung des Gesundheitszustands, die das Aufsuchen eines *zugelassenen Arztes* und eine sofortige Behandlung (innerhalb von 48 Stunden) erforderlich macht, deren Aufschub zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustands führen könnte.

MEDIZINISCH NOTWENDIG: Eine Leistung, die zur Untersuchung oder Behandlung einer *gesundheitlichen Affektion* notwendig ist, und die auf anerkannten aktuellen medizinischen Praktiken basiert. Eine Leistung gilt nicht als medizinisch notwendig, wenn sie ausschließlich aus Gründen der Bequemlichkeit für den Leistungserbringer oder den/die *Versicherte(n)* erbracht wird und/oder angesichts der *Symptome* des/der *Versicherten* nicht angemessen ist und/oder in Bezug auf Umfang,
Dauer oder Intensität über das Maß an Sorgfalt hinausgeht, das zur angemessenen Diagnose oder Behandlung einer *gesundheitlichen Affektion* erforderlich ist.

P **PROZENTUALE ERSTATTUNGSHÖHE:** Der Prozentsatz der Kosten eines Leistungsfalls, der erstattet wird. Der verbleibende Anteil der Kosten ist von Ihnen zu tragen.

T **TATSÄCHLICHE KOSTEN:** Die gesamten Ausgaben Ihrer Heilbehandlungskosten, die *Ihnen* in Rechnung gestellt werden.

VERTRAULICHE MEDIZINISCHE BESCHEINIGUNG: medizinischer Fragebogen, der vor jedem Krankenhausaufenthalt (bzw. so schnell wie möglich bei einem *Unfall* oder *medizinischem Notfall*) von Ihrem behandelnden Arzt auszufüllen und uns zuzuschicken ist, um unsere *vorherige Kostenzusage* zu erhalten. Sollten *Sie* diese Formalität nicht erfüllen, wird von Ihrer Erstattung ein Eigenanteil in Höhe von 50 % einbehalten.

V **VORHERIGE KOSTENZUSAGE:** Für *stationäre Heilbehandlungen,* Schwangerschaftsleistungen, fortlaufende Behandlungen und medizinische Leistungen, die 2.000 €/US$ übersteigen, ist die vorherige Zustimmung unseres Vertrauensarztes notwendig. Bevor *Sie* die Behandlung in Anspruch nehmen, müssen *Sie uns* daher spätestens 5 Tage vor Beginn der Behandlung einen *Antrag auf vorherige Kostenzusage* zusammen mit einem detaillierten Kostenvoranschlag und einem Rezept zukommen lassen. Im Falle eines *Krankenhausaufenthalts* lassen *Sie* bitte das Formular „*Vertrauliche medizinische Bescheinigung*" von Ihrem Arzt ausfüllen. Bei Nichtbeachtung dieser Formalität wird ein Einbehalt in Höhe von 50 % Ihres Erstattungsbetrags vorgenommen.

W **WARTEZEIT:** Zeitraum, in dem die Versicherungsleistungen noch nicht in Kraft sind. Die *Wartezeit* beginnt mit dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrags, das aus der *Versicherungsbescheinigung* hervorgeht.

1.3 Spezifische Definitionen der Assistance-Versicherung:

A **ANGEHÖRIGER:** jede natürliche Person, die durch *Sie* oder durch einen in Ihrem Namen bzw. mit Ihrem Einverständnis handelnden Dritten benannt wurde und in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* ihren Wohnsitz hat.

AGGRESSION: jede körperliche Schädigung, welcher der *Versicherte* unfreiwillig ausgesetzt wird und die aus einer vorsätzlichen, plötzlichen und brutalen Handlung einer anderen Person oder einer Personengruppe hervorging.

ÄRZTETEAM: für jeden Einzelfall geeignete Einheit, die von dem verantwortlichen medizinischen Experten von dem Assistance-Dienstleister bestimmt wird.

F **FAMILIENMITGLIED:** Ihr *Lebenspartner*, Kind, Bruder, Schwester, Vater, Mutter, Schwiegereltern, Enkelkinder, Großeltern bzw. gesetzlicher Vormund, die in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* ihren Wohnsitz haben.

H **HÖHERE GEWALT:** alle unvorhergesehenen, unabwendbaren und von außen kommenden Ereignisse.

G **GEPÄCK:** Reisetaschen, Koffer und die enthaltenen persönlichen Sachen oder Gegenstände des *Versicherten*, sowie

alle anderen Gegenstände, die bei einem Beförderungsunternehmen aufgegeben wurden.

K **KONSOLIDIERUNG:** Stabilisierung des Gesundheitszustandes einer Person, die durch einen *Unfall* geschädigt wurde oder unter einer *Krankheit* leidet.

P **PERSONENSCHADEN:** jede physische Verletzung einer Person.

T **TERRORISTISCHER ANSCHLAG, SABOTAGE, ATTENTAT:** jede illegale, mit ideologischem und/oder politischem Motiv ausgeführte Handlung, die von einer Einzelperson oder Gruppe begangen wird und die sich gegen Personen oder öffentliche oder private Einrichtungen richtet, um:

- eine kriminelle Handlung durchzuführen, die sich gegen das Leben eines anderen richtet,
- die Bevölkerung zu beeindrucken und eine Atmosphäre der allgemeinen Verunsicherung zu schaffen,
- den öffentlichen Verkehr, die Arbeit von Unternehmen oder Institutionen zu stören, die Güter verarbeiten oder Dienstleistungen bereitstellen.

1.4 Spezifische Definitionen der Privathaftpflichtversicherung:

H **HAFTPFLICHT:** vom Gesetz vorgeschriebene Verpflichtung für jede Person, Schäden, die anderen zugefügt werden, zu ersetzen.

I **IMMATERIELLE SCHÄDEN:** alle Schäden, die keine *Personen- und Sachschäden* sind und die direkte und unmittelbare Folge von versicherter *Personen- oder Sachschäden* sind.

P **PERSONENSCHÄDEN:** Schäden, welche die physische Integrität von Personen beeinträchtigen.

S **SACHSCHÄDEN:** Schäden, welche die Struktur oder die Substanz einer Sache beeinträchtigen und Ergebnis eines versicherten Ereignisses sind.

2. Wer ist für diesen Vertrag berechtigt?

Um für den Abschluss dieses Versicherungsvertrags berechtigt zu sein, müssen *Sie*:

› außerhalb des *Landes* Ihrer *Staatsangehörigkeit* wohnen:

› am *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages:

- für die Kranken-, Assistance- und Privathaftpflichtversicherung zwischen 16 und 60 Jahre alt sein, wenn Ihr angegebenes *Aufenthaltsland* eines der folgenden Länder ist: Brasilien, Costa Rica, Chile, China, Vereinigte Arabische Emirate, Vereinigte Staaten, Hongkong, Japan, Mexiko, Vereinigtes Königreich, Singapur, Taiwan und Thailand,
- für die Kranken-, Assistance- und Privathaftpflichtversicherung zwischen 10 und 74 Jahre alt sein für den Rest der Welt.

Das Mindestalter für die Kranken-, die Assistance- und die Privat*haftpflicht*versicherung gilt nur für Kinder, die allein in einem eigenständigen Vertrag versichert werden sollen. *Sie* können Ihre Kinder unterhalb dieses Mindestalters versichern, sofern *Sie* selbst über denselben Vertrag versichert sind.

› sich der vertraglich vorgesehenen Gesundheitsprüfung unterziehen und vor allem den Gesundheitsfragebogen maximal drei Monate vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages ausgefüllt und unterschrieben haben.

Auch weitere *Anspruchsberechtigte* können in diesen Vertrag aufgenommen werden (sofern sie in *Ihrer Versicherungsbescheinigung* namentlich aufgeführt sind).

Hinzufügen eines *unterhaltsberechtigten Kindes* in den Vertrag:

› ***Sie* sind seit mindestens 12 aufeinanderfolgenden Monaten für Schwangerschaftsleistungen versichert:**

  › Um Ihr Kind bei der Geburt ohne Gesundheitsprüfung zu versichern, reichen *Sie* bitte **innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt** einen Aufnahmeantrag zusammen mit **einer Geburtsurkunde** bei uns ein.

  › **Nach Ablauf dieser Frist** werden Neugeborene vorbehaltlich der Genehmigung unserer medizinischen Abteilung versichert:

    - **Ein Gesundheitsfragebogen** sowie **ein Krankenhausbericht über die Geburt** sind in diesem Fall erforderlich.
    - Die Versicherungsaufnahme des Neugeborenen wird frühestens am Tag nach unserer medizinischen Annahme wirksam.

  Hinweis: Sollte eine eingehende Prüfung des Antrages bzw. des Gesundheitsfragebogens erforderlich sein, wird die Versicherungsaufnahme frühestens am Tag der Annahme der mitgeteilten besonderen Aufnahmebedingungen wirksam.

› ***Sie* sind nicht (oder erst seit weniger als 12 Monaten) für Schwangerschaftsleistungen versichert:** Senden *Sie* uns bitte einen Aufnahmeantrag zusammen mit **einem Gesundheitsfragebogen** und **einem Krankenhausbericht über die Geburt** zu. Die Versicherungsaufnahme des Neugeborenen wird frühestens am Tag nach unserer medizinischen Annahme wirksam.
Hinweis: Sollte eine eingehende Prüfung des Antrages bzw. des Gesundheitsfragebogens erforderlich sein, wird die

Versicherungsaufnahme frühestens am Tag der Annahme der mitgeteilten besonderen Aufnahmebedingungen wirksam.

Für Neugeborene, die durch eine Leihmutter ausgetragen wurden, sowie für Adoptiv-, Heim- oder Pflegekinder beachten *Sie* bitte, dass deren Aufnahme einer vollständigen Gesundheitsprüfung unterliegt und dass ein ausgefüllter Gesundheitsfragebogen oder ein medizinisches Gutachten verlangt werden kann. Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Datum der Zustimmung, vorbehaltlich der erteilten Vereinbarung und der übermittelten Annahmebedingungen.

Die Aufnahme in den Versicherungsvertrag beruht auf der Grundlage Ihrer Erklärungen und denen des *Versicherungsnehmers* sowie nach Treu und Glauben der Parteien. Die Versicherungsaufnahme unterliegt unserer medizinischen Genehmigung. *Wir* behalten uns das Recht vor, in Abhängigkeit der Angaben im Gesundheitsfragebogen, von Ihnen zusätzliche medizinische Informationen oder Unterlagen anzufordern. Wenn *Sie* (oder eines Ihrer *Familienmitglieder*) ein höheres Risiko (berufliches oder medizinisches) aufweisen, können *wir* Ihren Aufnahmeantrag entweder bestätigen, jedoch zu besonderen Bedingungen, oder Ihren Antrag ablehnen.

3. Geltungsbereich Ihres Vertrags

Für die Krankenversicherung und Basis- Assistance-Versicherung:
Der Versicherungsschutz besteht ganzjährig in dem *Aufenthaltsland,* das aus Ihrer *Versicherungsbescheinigung* hervorgeht. Der Versicherungsschutz gilt auch für die *Versicherungszone*, die ebenfalls aus Ihrer *Versicherungsbescheinigung* hervorgeht.

Die zwei folgenden *Versicherungszonen* werden angeboten:
Zone 1: Weltweit inklusive der Vereinigten Staaten von Amerika
Zone 2: Weltweit ohne die Vereinigten Staaten von Amerika

Darüber hinaus gelten für *Versicherte* der Zone 2 die Leistungen in den Vereinigten Staaten von Amerika im Falle eines *Unfalls* oder eines *medizinischen Notfalls* während vorübergehender Aufenthalte aus nichtmedizinischen Gründen, die 60 aufeinanderfolgende Tage nicht überschreiten, und bis zu den in der Leistungsübersicht genannten Höchstbeträgen.

Bei einem Aufenthalt von mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen außerhalb der *Versicherungszone* muss der *Versicherungsnehmer uns* über die Änderung informieren, damit die *Versicherungszone* und der *Beitrag* angepasst werden können.

Für die umfassende Assistance- und Privat*haftpflicht*versicherung:
Die Versicherung gilt weltweit für jeweils ein Jahr (inkl. in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit*), mit Ausnahme der *Ausschlussländer*.

In einigen Ländern wird in Abhängigkeit von Ereignissen, zu denen es dort kommen könnte, kein Versicherungsschutz gewährt. Die vollständige Liste der *Ausschlussländer* steht auf unserer Webseite unter diesem **Link** zur Verfügung oder ist auf Anfrage unter +49 (0)221 29 29 482 0 oder per E-Mail an kundenbetreuung@april.com erhältlich. Diese Liste der *Ausschlussländer* ist Änderungen vorbehalten.

4. Die versicherten Leistungen Ihres Vertrags

4.1. Welche Leistungen sind durch Ihren Vertrag versichert?

Der Abschluss dieses Vertrags gewährleistet Ihnen je nach dem gewählten Tarif und den Optionen eine internationale Krankenvollversicherung in € oder US$.
In diesem Rahmen haben *Sie* und Ihre *Anspruchsberechtigten* Anspruch auf die Übernahme der Kosten für *medizinisch notwendige* Behandlungen und Maßnahmen sowie der damit verbundenen Kosten, Leistungen und Hilfsmittel, sofern diese auf das Auftreten oder die Verschlimmerung einer *gesundheitlichen Affektion* zurückzuführen sind.
Die Basis-Assistance-Versicherung ist in Ihrem Vertrag mit Ihrer Krankenversicherung enthalten.
Sie können zusätzlich die Option „Umfassende Assistance- und Privathaftpflichtversicherung" abschließen. Diese Option kann auch separat abgeschlossen werden.
***Sie* haben Anspruch auf die folgenden Leistungen, sofern diese in *Ihrer Versicherungsbescheinigung* aufgeführt sind.**

4.2. Leistungen der Krankenversicherung

Die Gesundheitskosten werden bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten und der *angemessenen und üblichen Kosten* unter Berücksichtigung des Landes/Ortes, in dem sie entstanden sind, übernommen.

Der Vertrag MyHealth International bietet Ihnen 4 Tarife zur Auswahl, die unterschiedliche Leistungsumfänge und medizinische Netzwerke umfassen.
Um Ihnen den Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung zu erleichtern und sicherzustellen, dass die vorgeschlagene Behandlung Ihrem Gesundheitszustand und den vor Ort üblichen Tarifen entspricht, stellen *wir* Ihnen Netzwerke von medizinischen Einrichtungen zur Verfügung, die *angemessene und übliche Kosten* (*siehe Abschnitt 4.2.5*) berechnen. Wenn *Sie* sich in einer medizinischen Einrichtung oder bei einem Arzt behandeln lassen, der nicht Mitglied des für Ihren Versicherungsschutz geltenden Netzwerks ist oder von APRIL International empfohlen wird, müssen *Sie* mit einer Selbstbeteiligung von 40 % auf den Betrag Ihres Erstattungsantrags rechnen, sofern die Kosten Ihrer Behandlung die lokalen Standards überschreiten (außer in lebensbedrohlichen *Notfällen*).

Informationen zum medizinischen Netzwerk von APRIL International finden Sie:
- **in Ihrem Versicherungsleitfaden und in Ihrem Versichertenportal,**
- **bei unseren Teams: Sie stehen Ihnen gerne zur Verfügung, um *Sie* bei allen Ihren Gesundheitsangelegenheiten zu unterstützen.**

4.2.1 Die Erstattungen

Es werden alle medizinisch notwendigen Gesundheitsausgaben für die in der Leistungsübersicht (siehe Abschnitt 4.2.2) **aufgeführten Leistungen übernommen, die von einem qualifizierten *zugelassenen Arzt* verordnet wurden.**

Die Kosten werden für jede einzelne Leistung entsprechend dem gewählten Tarif, den Versicherungsleistungen und der gewählten *prozentualen Erstattungshöhe* gemäß der Leistungstabelle erstattet. Für Gesundheitsausgaben, die in einer anderen Währung als Euro oder US-Dollar in Rechnung gestellt werden, gilt der am Tag des *Schadensfalls* gültige Wechselkurs. Es werden nur Kosten erstattet, die für Leistungen während der Versicherungsdauer entstanden sind.
Der vom *Versicherungsnehmer* gewählte Tarif, die Versicherungsleistungen, der gewählte *Selbstbehalt* oder *die prozentuale Erstattungshöhe* sind auf seiner *Versicherungsbescheinigung* vermerkt und gelten für alle im Vertrag aufgeführten *Familienmitglieder*.

<u>Die jährlichen Gesamthöchstdeckungssummen:</u>
Die Gesamthöchstdeckungssummen werden pro *Versicherten* und pro *Versicherungsjahr* angegeben:
- **Für den Tarif Explore:** die Gesamthöchstdeckungssumme beläuft sich auf 500.000 €/US$
- **Für den Tarif Essential:** die Gesamthöchstdeckungssumme beläuft sich auf 1.500.000 €/US$
- **Für den Tarif Extensive:** die Gesamthöchstdeckungssumme hängt von dem Land ab, in dem die Behandlungen durchgeführt werden:
  - In China, Hong-Kong, Japan, Singapur und den Vereinigten Staaten von Amerika beläuft sich die Gesamthöchstdeckungssumme auf 2.000.000 €/US$
  - Im Rest der Welt ist die Gesamthöchstdeckungssumme unbegrenzt
- **Für den Tarif Elite:** die Gesamthöchstdeckungssumme hängt von dem Land ab, in dem die Behandlungen durchgeführt werden:
  - In China, Hong-Kong, Japan, Singapur und den Vereinigten Staaten von Amerika beläuft sich die Gesamthöchstdeckungssumme auf 4.000.000 €/US$
  - Im Rest der Welt ist die Gesamthöchstdeckungssumme unbegrenzt

4.2.2 Leistungsübersicht der Krankenversicherung

Die Leistungen gelten, sofern nicht anders angegeben, **pro *Versicherten* und pro *Versicherungsjahr*.**
Die Gesundheitskosten werden im Rahmen der *tatsächlich* entstandenen *Kosten* und der *angemessenen und üblichen Kosten* unter Berücksichtigung des Landes bzw. des Ortes, an dem sie anfallen, übernommen.

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Jährliche Gesamthöchstdeckungssumme	**500.000 €/US$**	**1.500.000 €/US$**	**Aufgeführte Länder*: 2.000.000 €/US$** Rest der Welt: **unbegrenzt**	**Aufgeführte Länder *: 4.000.000 €/US$** Rest der Welt: **unbegrenzt**
Stationäre Heilbehandlung**				
Medizinische, chirurgische stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung > Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus > Kosten der Behandlung auf der Intensivstation > Medizinische Behandlungen und Eingriffe > Untersuchungen, Laboranalysen und Arzneimittel > Honorare für Ärzte, Chirurgen, Pflegepersonal und Anästhesisten	100%	100%	100%	100%
Krankenzimmer Wenn eine versicherte Person mindestens eine Nacht stationär in einem Krankenhaus verbringt	Zweibettzimmer	Einzelzimmer	Einzelzimmer	Einzelzimmer
Notfallbehandlungen außerhalb der Versicherungszone	75.000 €/US$ Bis zu 60 Tage	150.000 €/US$ Bis zu 60 Tage	300.000 €/US$ Bis zu 60 Tage	100% Bis zu 60 Tage
Hochauflösende medizinische Abbildungsverfahren (MRT, CT, PET- Scans) Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung	10.000 €/US$	15.000 €/US$	20.000 €/US$	100%
Elternbett bei stationärer Heilbehandlung des Kindes Wenn ein versichertes Kind unter 18 Jahre stationär im Krankenhaus behandelt wird	Nicht versichert	100%	100%	100%
Transport im Krankenwagen Krankentransport zum und/oder vom Krankenhaus im Rahmen einer stationären Heilbehandlung	100%	100%	100%	100%
Medizinische Hilfsmittel und innere Prothesen Notwendig im Rahmen einer stationären Heilbehandlung	100%	100%	100%	100%
Zahnärztliche Notfallbehandlung Zur Wiederherstellung oder Reparatur innerhalb von 14 Tagen nach einem Unfall	100%	100%	100%	100%
Stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld	100%	100%	100%	100%

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Vor- und nachstationäre Behandlungen (übernommen von APRIL)				
Vorstationäre Behandlungen Behandlungen und Arztkonsultationen innerhalb der 30 Tage vor einem Krankenhausaufenthalt	3.000 €/US$	5.000 €/US$	100%	100%
Nachstationäre Behandlungen Behandlungen und Arztkonsultationen innerhalb der 90 Tage nach einem Krankenhausaufenthalt	5.000 €/US$	7.000 €/US$	100%	100%
Rehabilitationsmaßnahmen Behandlungen, die innerhalb von 3 Monaten nach einem Krankenhausaufenthalt begonnen werden und der Wiederherstellung von Gesundheit und Mobilität dienen	100% Bis zu 20 Tage	100% Bis zu 20 Tage	100% Bis zu 30 Tage	100% Bis zu 60 Tage
Externe Prothesen und medizinische Hilfsmittel Nach einem Krankenhausaufenthalt, einer teilstationären Behandlung, einem Unfall oder einer Notfallversorgung	80% Bis zu 2.500€/US$	80%	90%	100%
Leistungen und Unterstützung bei schweren oder chronischen *Erkrankungen*				
Krebsbehandlungen (Onkologie, Chemotherapie, Strahlentherapie) Übernahme von Konsultationen, Diagnostik und Behandlungen im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts, einer ambulanten Behandlung oder einer ärztlichen Versorgung	100%	100%	100%	100%
Hilfsmittel und Unterstützung bei Krebserkrankungen > Einschließlich Perücken, Kopfbedeckungen und Spezial-BHs nach einer Mastektomie > Psychologische Betreuung durch einen zugelassenen Fachtherapeuten	Nicht versichert	Nicht versichert	250 €/US$	400 €/US$
Krebsvorbeugende chirurgische Maßnahmen (12 Monate Wartezeit*)**	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	25.000 €/US$
Organ- und Knochenmarktransplantation und Stammzellenbehandlung Beschränkt auf stationäre Krankenhausaufenthalte. Spender- und Beschaffungskosten sind ausgeschlossen	100%	100%	100%	100%
Nierendialyse Kostenübernahme im Rahmen eines (teil-) stationären Krankenhausaufenthalts	100%	100%	100%	100%
Behandlung von HIV/AIDS Kostenübernahme im Rahmen eines (teil-) stationären Krankenhausaufenthalts	100%	100%	100%	100%
Palliativpflege Leistungsgrenzen gelten für die gesamte Vertragslaufzeit, in einer spezialisierten Einrichtung oder Abteilung	25.000 €/US$	40.000 €/US$	100%	100%

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Angeborene Erkrankungen Leistungsgrenzen gelten für die gesamte Vertragslaufzeit, (teil-) stationär durchgeführte Behandlung	50.000 €/US$	100.000 €/US$	100%	100%
Stationäre psychiatrische Behandlung Kostenübernahme ausschließlich im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts	Nicht versichert	Nicht versichert	8.000 €/US$ Bis zu 15 Tage	Bis zu 30 Tage
Schwangerschaftskomplikationen (12 Monate Wartezeit*)** Behandlungen von Komplikationen während der Schwangerschaft, vor der Entbindung	Nicht versichert	100%	100%	100%

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Ambulante Heilbehandlung				
Telekonsultation In Partnerschaft mit Teladoc	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt
Kosten für Arztbesuche > Allgemeinmediziner > Fachärzte	Nicht versichert	2.500 €/US$	8.000 €/US$	100%
Arzneimittel Auf ärztliche Verschreibung und bis zur Höhe der Kosten eines Generikums, sofern ein solches verfügbar ist	Nicht versichert	2.000 €/US$ Doppelter Betrag bei chronischer Erkrankung	6.000 €/US$ Doppelter Betrag bei chronischer Erkrankung	100%
Hormonbehandlung Zur Linderung der Symptome einer vorzeitigen Menopause und auf ärztliche Verschreibung	Nicht versichert	Nicht versichert	250 €/US$	500 €/US$
Labor- und diagnostische Untersuchungen, hochauflösende Bildgebung (MRT, CT und PET-Scans) Auf ärztliche Verschreibung	Nicht versichert	5.000 €/US$	100%	100%
Psychische Gesundheit Konsultationen bei Psychiatern, Psychologen und Psychotherapeuten	Nicht versichert	500 €/US$ Bis zu 7 Konsultationen	1.200 €/US$ Bis zu 10 Konsultationen	4.000 €/US$ Bis zu 20 Konsultationen
Heilmittel Konsultationen bei Physiotherapeuten, Orthoptisten, Podologen/Fußpflegern, Logopäden und Ergotherapeuten	Nicht versichert	1.000 €/US$ Bis zu 10 Konsultationen	1.500 €/US$ Bis zu 15 Konsultationen	100%
Alternativmedizinische Behandlungsmethoden Behandlungen bei Osteopathen, Chiropraktikern, Homöopathen, Akupunkteuren, Praktikern der traditionellen chinesischen Medizin und Hypnotherapeuten	Nicht versichert	500 €/US$	1.000 €/US$	4.000 €/US$
Krankenpflege in häuslicher Umgebung Auf ärztliche Verschreibung	Nicht versichert	2.000 €/US$ Bis zu 30 Tage	6.000 €/US$ Bis zu 60 Tage	100% Bis zu 120 Tage
Hilfsmittel und externe Prothesen Einschließlich Hörgeräte (außer Zahnersatz) auf ärztliche Verschreibung	Nicht versichert	2.000 €/US$	3.500 €/US$	5.000 €/US$

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen				
Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene: > Mammographie für Frauen ab 40 Jahre > PAP-Abstrich für Frauen ab 19 Jahren > Prostatakrebs-Früherkennung für Männer ab 40 Jahren > Darmkrebs-Früherkennung für Frauen und Männer ab 45 Jahre	Nicht versichert	100%	100%	100%
Allgemeine Gesundheitsuntersuchung Medizinische und Hörtests / Vorsorgeuntersuchungen oder Einzeluntersuchungen ohne vorliegende Diagnose	Nicht versichert	200 €/US$	800 €/US$	2.000 €/US$
Präventive medizinische Betreuung von Kindern > Körperliche Untersuchung und Entwicklungsdiagnostik, Einschulungsuntersuchung, Hörtest und/oder Diabetestest > Bis einschl. 3 Jahre: max. 2 Untersuchungen pro Jahr > Ab 4 bis 15 Jahre: max. 1 Untersuchung pro Jahr	Nicht versichert	200 €/US$	800 €/US$	100%
Impfungen Impfung für Kinder, Pflichtimpfungen und Reiseimpfungen	Nicht versichert	100%	100%	100%
Ernährung Beratung durch Diätassistenten oder Ernährungsberater	Nicht versichert	Nicht versichert	150 €/US$	100% Bis zu 5 Konsultationen
Selbstmedikation Verhütungsmittel, Vitamine, Nikotinersatzpräparate, rezeptfreie Medikamente, frei verkäufliche Arzneimittel	Nicht versichert	50 €/US$	100 €/US$	150 €/US$
Gentests (12 Monate Wartezeit***) Auf ärztliche Verschreibung und bei erblicher Krebsveranlagung	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	1.500 €/US$
Gesundheits- oder Fitness-App Erstattung für eine Gesundheits- oder Fitness-App Ihrer Wahl	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	50 €/US$

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Schwangerschaft** (12 bis 24 Monate Wartezeit) – Optional für die Tarife Extensive und Elite**				
Schwangerschaft und Entbindung ohne Komplikationen (12 Monate Wartezeit) > Kosten für Entbindung > Hausgeburt > Schwangerschafts-Vor- und Nachsorgeleistungen, einschließlich Arztbesuche, Untersuchungen, Tests, Arzneimittel, Vitamine und Verschreibungen, Leistungen durch Hebammen- und zertifizierte Doulas > Geburtsvorbereitungskurse (von einem Arzt und einer Hebamme durchgeführt) > Neugeborenen-Screening > Geplanter Kaiserschnitt	Nicht versichert	Nicht versichert	8.000 €/US$ pro Schwangerschaft	12.000 €/US$ pro Schwangerschaft
Komplikationen bei der Entbindung (12 Monate Wartezeit) > Notfallkaiserschnitt > Medizinisch notwendiger Kaiserschnitt	Nicht versichert	Nicht versichert	12.000 €/US$ pro Schwangerschaft	24.000 €/US$ pro Schwangerschaft
Medizinisch unterstützte Reproduktion und Unfruchtbarkeitsbehandlung (24 Monate Wartezeit) > Arzneimittel, Hormonbehandlung, Untersuchungen > In-vitro-Fertilisation, künstliche Befruchtung Maximal 4 Versuche über die gesamte Vertragslaufzeit	Nicht versichert	Nicht versichert	1.500 €/US$ pro Versuch	2.500 €/US$ pro Versuch

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Zahnmedizin (3 bis 6 Monate Wartezeit***) – Optional für den Tarif Essential				
Jährliche Höchstdeckungssumme	Nicht versichert	1.000 €/US$	1. und 2. Jahr: 2.000 €/US$ Ab dem 3. Jahr: 3.000 €/US$ pro Jahr	1. und 2. Jahr: 4.000 €/US$ Ab dem 3. Jahr: 5.000 €/US$ pro Jahr
Zahnärztliche Routinebehandlungen (3 Monate Wartezeit***) > Zwei zahnärztliche Untersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen pro Versicherungsjahr > Zahnröntgenaufnahmen > Zahnsteinentfernung und Zahnpolitur > Chirurgische Behandlungen, Zahnextraktionen > Behandlung von Karies, Parodontalerkrankungen und endodontischen Erkrankungen...	Nicht versichert	80%	100%	100%
Umfangreiche rekonstruktive Zahnbehandlungen (6 Monate Wartezeit***) Einschließlich Zahnersatz, Kronen, Brücken, Inlays und Implantate	Nicht versichert	80%	100%	100%
Kieferorthopädie (3 Monate Wartezeit***) Behandlungsbeginn vor dem 16. Lebensjahr	Nicht versichert	Nicht versichert	1.200 €/US$	1.700 €/US$
Sehhilfen (6 Monate Wartezeit***) – Optional für den Tarif Essential				
Optische Leistungen Sehtests sowie Sehhilfen (Brillenfassung, Brillengläser und Kontaktlinsen) - Erstattung einer Brillenfassung alle zwei Jahre auf ärztliche Verordnung hin	Nicht versichert	200 €/US$	300 €/US$	450 €/US$
Laserchirurgie Korrektur von Fehlsichtigkeiten (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmung)	Nicht versichert	Nicht versichert	300 €/US$	1.000 €/US$

* Behandlungsland: China, Hong Kong, Japan, Singapur, Vereinigten Staaten von Amerika.
** Für jede stationäre Heilbehandlung ist zunächst eine *vorherige Kostenzusage* einzuholen. Bei Nichteinhaltung dieser Bedingungen vor einer stationären Heilbehandlung wird ein Eigenanteil von 50 % angewendet.
*** Die *Wartezeit* wird aufgehoben, wenn Sie zuvor gleichwertigen oder höheren Versicherungsschutz hatten, der vor weniger als einem Monat gekündigt wurde, bei Vorlage einer nachweisenden Leistungsübersicht sowie der entsprechenden Kündigungsbescheinigung.
**** Vorbehaltlich einer vorherigen Kostenzusage.

4.2.3 Funktionsweise der *Selbstbehalte* und der *prozentualen Erstattungshöhe*

Die Selbstbehalte:

Die Krankenversicherung wird standardmäßig ohne *Selbstbehalt* angeboten. Sie können jedoch folgende *Selbstbehalt*sstufen wählen: 500 €/US$, 1.000 €/US$, 2.500 €/US$, 5.000 €/US$. (Die Selbstbehaltsstufe in Höhe von 5.000 €/US$ ist nur für die Tarife Extensive und Elite verfügbar).
Wenn Sie sich für einen jährlichen *Selbstbehalt* entschieden haben, müssen Sie alle Kosten bis zur Höhe des gewählten Selbstbehaltes selbst tragen. Der *Selbstbehalt* gilt pro *Versicherungsjahr* und pro *Versicherten* für alle ausgewählten Krankenversicherungsleistungen.

Um den Betrag des bereits verbrauchten *Selbstbehalts* berechnen zu können, bitten *wir Sie*, uns regelmäßig die Rechnungen für alle angefallenen Gesundheitskosten zuzusenden. Bei der Berechnung des Betrags des verbrauchten *Selbstbehalts* berücksichtigen *wir* die in der Leistungsübersicht angegebene Deckungssumme für die jeweilige durchgeführte Anwendung, in Abhängigkeit von dem von Ihnen gewählten Tarif. Wenn die durchgeführte medizinische Anwendung aus *Ihrer* Versicherung ausgeschlossen ist, werden die entsprechenden Ausgaben nicht berücksichtigt.
Wenn Sie sich für einen *Selbstbehalt* entscheiden oder den „Explore"-Tarif wählen, können Sie die Caremark-Karte (Direktabrechnung von Arzneimittelkosten in den USA) nicht in Anspruch nehmen.

Die Option der *prozentualen Erstattungshöhe* 70%, 80% und 90%:
Die Leistungen unter der Rubrik „Ambulante Heilbehandlung" (einschließlich Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen) werden mit einer Erstattung von 100 % der tatsächlichen Kosten angeboten. Sie können jedoch wählen, ob Sie für diese Leistungen zu 70 %, 80 % oder 90 % der tatsächlichen Kosten versichert sein möchten. Diese Option der prozentualen Erstattungshöhe gilt nicht für die Leistungen „Stationäre Heilbehandlung", „Zahnmedizin", „Sehhilfen" sowie „Schwangerschaft", die stets eine Erstattung von 100 % der tatsächlichen Kosten bieten.

4.2.4 Definitionen zu den Leistungen der Krankenversicherung

A **AMBULANTE CHIRURGIE**: Chirurgischer Eingriff, der in einem chirurgischen Zentrum, einem Krankenhaus, einer Tagesklinik oder einer Ambulanz durchgeführt wird und aus medizinischen Gründen keine stationäre Heilbehandlung mit Übernachtung erfordert.

ANGEBORENE ERKRANKUNG: Jede Anomalie, *Erkrankung* oder Fehlbildung, die bereits im Mutterleib, bei der Geburt oder erblich bedingt vorliegt. Eine angeborene Erkrankung kann bereits bei der Geburt festgestellt oder erst später diagnostiziert werden.

C **CHRONISCHE ERKRANKUNG:** Jede *Erkrankung*, Pathologie oder körperliche Beeinträchtigung, die länger als sechs Monate andauert oder mindestens einmal pro Jahr eine medizinische Versorgung (wie z. B. eine Nachsorgeuntersuchung oder eine Behandlung) erfordert.
Eine *chronische Erkrankung* weist zudem eines oder mehrere der folgenden Merkmale auf:

- kann wiederholt auftreten;
- es gibt bislang keine anerkannte Heilbehandlung;
- sie wird im Allgemeinen als nicht gut auf Behandlungen ansprechend angesehen;
- sie erfordert eine palliative Behandlung;
- sie führt zu einer dauerhaften Behinderung.

E **EINZELZIMMER:** *Einzelzimmer* im Krankenhaus, das während einer stationären Heilbehandlung ausschließlich vom *Versicherten* genutzt wird. Luxuszimmer oder Zimmer mit Hotelleistungen sind nicht versichert.

G **GENETISCHE TESTS:** Tests bezüglich der Gene BRCA1 und BRCA2 (für Brust-, Eierstock-, Prostata- und Bauchspeicheldrüsenkrebs) sowie bezüglich der familiären adenomatösen Polyposis (FAP) im Zusammenhang mit Darmkrebs. Die Kostenübernahme setzt eine Verschreibung durch einen zugelassenen Arzt voraus sowie das Vorliegen entweder einer Brustkrebserkrankung oder einer FAP bei einem Verwandten ersten Grades (Elternteil, Kind oder Geschwister) oder eines Testergebnisses, das auf ein erblich bedingtes Krebsprädispositionssyndrom hinweist.

H **HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE**: Krankenpflege, die unmittelbar nach oder als Ersatz für eine *stationäre* oder eine *teilstationäre Heilbehandlung* in Anspruch genommen wird. Diese Pflege ist versichert, wenn der behandelnde Arzt entscheidet, dass aus medizinischen Gründen mindestens einmal täglich eine Pflegekraft in *Ihrer* Wohnung anwesend sein muss. Diese Pflegeleistungen bedürfen der vorherigen Zustimmung unseres Vertrauensarztes.

HORMONBEHANDLUNG: Arztbesuche und verschriebene Medikamente, einschließlich Implantate, wenn diese zur Linderung der *Symptome* einer vorzeitigen Menopause erforderlich sind, die vor dem 40. Lebensjahr auftritt und behandelt wird.

K **KOMPLIKATIONEN IM ZUSAMMENHANG MIT ENTBINDUNG**: Beinhaltet medizinisch notwendige chirurgische Entbindungen. Komplikationen und die *medizinische Versorgung* des Neugeborenen sind nach Abschluss des Vertrags unter der Leistung *Stationäre Heilbehandlung* versichert (Einzelheiten zu den Aufnahmebedingungen finden *Sie* in Absatz 2).

KREBSVORBEUGENDE CHIRURGISCHE MASSNAHMEN: Chirurgischer Eingriff zur präventiven Entfernung der Brüste (Mastektomie) oder der Eierstöcke (Ovarektomie), wenn dies von einem Arzt verschrieben wird. Dieser Eingriff wird übernommen, wenn ein nahes Familienmitglied (Elternteil, Kind, Schwester) an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt ist oder wenn ein Gentest ein erbliches Risiko aufzeigt.

M **MEDIZINISCH UNTERSTÜTZTE REPRODUKTION:** Alle Untersuchungen, die zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit erforderlich sind, wie Hysterosalpingographie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Ebenfalls abgedeckt sind Behandlungen wie die In-vitro-Fertilisation (IVF) bei diagnostizierter Unfruchtbarkeit. Die Kostenübernahme ist auf vier Versuche während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt. Unter einem Versuch versteht man die Entnahme einer Eizelle und die Implantation einer befruchteten Eizelle in die Gebärmutter der *Versicherten*.

R **REISEIMPFUNGEN:** Obligatorische oder empfohlene Impfungen je nach *Aufenthaltsland*: Rotavirus (Gastroenteritis), Cholera, Zeckenenzephalitis, Japanische Enzephalitis, Gelbfieber, Typhus, Hepatitis A, Hepatitis B, Leptospirose, Meningitis, Tollwut, Tuberkulose, Affenpocken (MPox).

S **SCHWANGERSCHAFTSKOMPLIKATIONEN:** Betreffen ausschließlich die Gesundheit der Mutter. Es sind nur die folgenden Komplikationen versichert, die während der pränatalen Phasen der Schwangerschaft auftreten: Eileiterschwangerschaft,

Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Fehlgeburt, drohende Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.
STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG IN HÄUSLICHER UMGEBUNG: Es handelt sich um eine voll*stationäre Heilbehandlung*, die im Anschluss an eine *stationäre Heilbehandlung* in einem Krankenhaus, von einem koordinierenden Arzt in der Wohnung des Patienten organisiert wird und mit dem Krankenhaus, in das der Patient eingewiesen wurde, in Verbindung steht. Der koordinierende Arzt greift allein ein oder zieht andere Kollegen hinzu, um medizinische, technische und komplexe Verfahren durchzuführen. Er organisiert den Einsatz anderer Gesundheitsfachkräfte wie Krankenschwestern, Krankenpfleger oder Physiotherapeuten und setzt bei Bedarf medizinische Überwachungs- oder Hilfsgeräte ein, wie z. B. Atemhilfen oder die Überwachung der Vitalfunktionen. Die Abgabe von Medikamenten, einschließlich Chemotherapie, am Krankenbett ist Teil der Dienstleistungen einer *stationären Heilbehandlung in häuslicher Umgebung*. Diese Pflegeleistungen bedürfen der vorherigen Zustimmung unseres Vertrauensarztes.
STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG: Aufenthalt in einem (öffentlichen oder privaten) Krankenhaus über 24 Stunden nach einem *Unfall* oder aufgrund einer *Krankheit*.
TEILSTATIONÄRE HEILBEHANDLUNG: Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden, bei dem Ihnen ein Bett zugewiesen wird, ohne dass *Sie* die Nacht im Krankenhaus verbringen.

4.2.5 Was ist bei einer *stationären Heilbehandlung* im Krankenhaus zu tun?

Jede *stationäre Heilbehandlung* im Krankenhaus (inkl. Schwangerschaftsleistungen) unterliegt einer *vorherigen Kostenzusage* unseres Vertrauensarztes. Um diese *vorherige Kostenzusage* zu erhalten, müssen *Sie* **spätestens 5 Tage vor *Ihrer* Krankenhauseinweisung** das Formular „Vertrauliche medizinische Bescheinigung" von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen lassen.

Bei einer *notfall*bedingten Krankenhauseinweisung kontaktieren *Sie* uns bitte so schnell wie möglich, damit *wir* Ihnen dieses Formular übermitteln können. Dieses Formular, aus dem der Grund für *Ihre stationäre Heilbehandlung*, der Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes und die Art der *gesundheitlichen Affektion* sowie der Zeitpunkt des Auftretens der ersten *Symptome* bzw. die Umstände des *Unfalls* hervorgehen (wobei bei einem *Unfall* der *Unfall*bericht als Nachweis beizufügen ist), muss mit allen anderen medizinischen Unterlagen, die zur Beurteilung Ihres Falles sachdienlich sind, an unseren Vertrauensarzt gesandt werden.

Wenn die Formalität der *vorherigen Kostenzusage* nicht eingehalten wurde, die Krankenhauseinweisung bzw. die *stationäre Heilbehandlung* sich aber dennoch als *medizinisch notwendig* erwiesen hat, wird **ein Eigenanteil in Höhe von 50 %** von der Erstattung *Ihrer* Rechnung einbehalten (außer bei *Unfällen* oder medizinischen Notfällen).

Ihre medizinischen Netzwerke im Falle einer *stationären Heilbehandlung* im Krankenhaus (außer im *Notfall*):
Im Rahmen Ihres MyHealth International-Vertrags gewährt Ihnen der von *Ihnen* gewählte Tarif (auf Ihrer *Versicherungsbescheinigung* vermerkt) **Zugang zu einem spezifischen Netzwerk von medizinischen Einrichtungen.** Diese Maßnahme zielt darauf ab**, *Ihnen* eine optimale Versorgungsqualität zu ausgehandelten Tarifbedingungen zu garantieren**, und gilt nur im Falle einer im Voraus geplanten stationären Heilbehandlung im Krankenhaus. Alle medizinischen Einrichtungen unserer medizinischen Netzwerke werden von unseren Teams nach strengen Qualitäts- und Sicherheitskriterien sorgfältig geprüft.

Wenn *Sie* eine stationäre Heilbehandlung im *Krankenhaus* vorbereiten, achten Sie bitte darauf, dass die medizinische Einrichtung zu dem Netzwerk gehört, das Ihrem Tarif entspricht. **So werden Ihre Kosten** im Rahmen der vertraglich vereinbarten Leistungen **zu 100 % übernommen**. Die aktuelle Liste der Partner-Einrichtungen finden Sie in Ihrem Versichertenportal, indem *Sie* **hier klicken**, oder auf einfache Anfrage bei unseren Teams unter +49 (0)221 29 29 482-0.

Außerhalb dieses Netzwerks (außer bei *medizinischen Notfällen* oder ordnungsgemäß begründeten Ausnahmesituationen) wird bei der Erstattung Ihrer Rechnung **ein Eigenanteil von 40 %** fällig.

Diese Regelung soll *Sie* an zuverlässige medizinische Einrichtungen verweisen, um *Ihnen* eine Kostenkontrolle und eine international gleichbleibend hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten.

4.2.6 Wie kann ich vor Beginn bestimmter Behandlungen eine *vorherige Kostenzusage* einholen?

Alle medizinischen Ausgaben in Höhe von 2.000 €/US$ oder mehr, einschließlich der Kosten im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft sowie der in der Leistungstabelle aufgeführten Serienbehandlungen, unterliegen der *vorherigen Kostenzusage* durch unseren Vertrauensarzt (gültig für 6 Monate). Bevor Sie diese Ausgaben tätigen, müssen *Sie* uns daher **spätestens 5 Tage vor dem Behandlungstermin** eine ärztliche Verordnung zusammen mit einem detaillierten Kostenvoranschlag übermitteln.

Im Falle einer Schwangerschaft senden Sie bitte uns ein Dokument zu, das die Schwangerschaft bestätigt.
Wird diese Formalität des *Antrags auf vorherige Kostenzusage* nicht eingehalten, wird **ein Eigenanteil in Höhe von 50 % des Erstattungsbetrags** Ihrer Rechnung einbehalten (außer bei *medizinischen Notfällen*).

4.2.7 Bedingungen für das Einreichen eines Leistungsantrages

Sie müssen **die Originalrechnungen (und andere Belege) unbedingt für einen Zeitraum von zwei Jahren** ab dem Datum, an dem *Sie* die Erstattung beantragt haben, **aufbewahren**.

In jedem Fall fügen Sie Ihrem Antrag bitte folgende Unterlagen bei:

- durch *Sie* quittierte Honorar- oder Kostenrechnungen, datierte ärztliche Verschreibungen und Rezepte, auf denen Ihr Name, Vorname und Geburtsdatum, die Art der *Krankheit*, die Diagnose und das Datum der Konsultationen und Behandlungen angegeben sind, zusammen mit den Zahlungsbelegen. Die Rezepte bzw. Verschreibungen müssen leserlich die Bezeichnung und den Preis der Medikamente tragen und die Landeswährung angeben;
- das von unseren medizinischen Abteilungen akzeptierte Formular „*Antrag auf vorherige Kostenzusage*“, sofern die Behandlung einen *Antrag auf vorherige Kostenzusage* erfordert;
- im Fall einer *stationären Heilbehandlung* im Krankenhaus müssen *Sie* Ihrem Antrag außerdem den Krankenhaus- bzw. den Entlassungsbericht und das von Ihrem Arzt ausgefüllte Formular "*Vertrauliche medizinische Bescheinigung*" beifügen. Bitte stellen *Sie* außerdem sicher, dass Ihre Rechnung die Kosten für ein Einzel- oder ein Zweibettzimmer enthält.

Wir behalten uns das Recht vor, weitere Belege anzufordern, die uns notwendig erscheinen, um sicherzustellen, dass Ihre Behandlung im Rahmen des vorliegenden Vertrages versichert ist.
Wenn *Sie* mit der Höhe der Erstattung bzw. der Kostenübernahme nicht einverstanden sind, benachrichtigen *Sie* uns bitte innerhalb von 6 Monaten nach dem Datum der Abrechnung.
Jede Erstattung erfolgt vorbehaltlich der Einhaltung der in Absatz 4.2 genannten Vorschriften.

4.3. Assistance-Versicherung

Es stehen zwei Leistungsstufen zur Auswahl:

- Basis-Assistance-Versicherung: **in der Krankenversicherung automatisch enthalten,**
- Umfassende Assistance-Versicherung: optionaler Leistungsbaustein.

Wie können die Leistungen der Assistance-Versicherung in Anspruch genommen werden?
Um die nachfolgend genannten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, ist die ***vorherige Kostenzusage*** **des Assistance-Dienstleisters** zwingend erforderlich.

Anwendungsbedingungen
Der Assistance-Dienstleister greift medizinisch erst ein, nachdem die Erste Hilfe von einem zuständigen zugelassenen Arzt angeordnet wurde.
Bereits beim ersten Anruf nimmt das *Ärzteteam* Kontakt mit dem behandelnden Arzt vor Ort auf, um unter den für den Zustand des Kranken oder Verletzten am besten geeigneten Bedingungen zu intervenieren.
Die Organisation einer der unten aufgeführten Hilfeleistungen durch *Sie* selbst oder durch Ihr Umfeld führt nur dann zu einer Erstattung, wenn der Assistance-Dienstleister über dieses Vorgehen informiert wurde, seine ausdrückliche Zustimmung erteilt und Ihnen eine Fallnummer mitgeteilt hat. In diesem Fall werden die Kosten gegen Vorlage von Belegen erstattet, und zwar bis zu dem Betrag, der dem Assistance-Dienstleister entstanden wäre, hätte er die Leistung selbst organisiert.
Der Assistance-Dienstleister kann nicht für Verzögerungen oder Hindernisse bei der Erbringung seiner Leistungen haftbar gemacht werden, die auf Streiks, Unruhen, Volksaufstände, Vergeltungsmaßnahmen, Einschränkungen des freien Waren- und Personenverkehrs, Terrorakte oder Sabotage, Kriegszustand, Bürgerkrieg oder erklärter oder nicht erklärter Krieg, Zerfall des Atomkerns, Austritt ionisierender Strahlung sowie sonstige Zufälle oder Fälle höherer Gewalt zurückzuführen sind.

4.3.1. Basis-Assistance-Versicherung

Die Versicherungsbedingungen und Deckungssummen gelten pro *Versicherten* innerhalb der für jeden Leistungsbereich festgelegten Höchstbeträge.

Krankenrücktransport
Bei einem *Unfall* oder einer *plötzlichen Erkrankung* kontaktieren die Ärzte des Assistance-Dienstleisters die behandelnden Ärzte vor Ort und treffen in Abhängigkeit von den eingeholten Informationen und den medizinischen Erfordernissen die Entscheidungen, die Ihrem Zustand am besten entsprechen. Wenn das *Ärzteteam* des Assistance-Dienstleisters Ihren Rücktransport empfiehlt, organisiert und übernimmt der Assistance-Dienstleister dessen Durchführung in Abhängigkeit von den medizinischen Erfordernissen lt. *Ärzteteam*.

Der Rücktransport erfolgt:

- entweder in das am besten geeignete Krankenhaus,
- oder in das Krankenhaus, das Ihrem Wohnsitz in dem *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem *Herkunftsland*, sofern abweichend) oder Ihrem Hauptwohnsitz in Ihrem angegebenen *Aufenthaltsland* am nächsten liegt,
- oder an Ihren Wohnsitz in dem *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem *Herkunftsland*, sofern abweichend) oder an Ihren Hauptwohnsitz in Ihrem *Aufenthaltsland*.

Wenn *Sie* in ein Behandlungszentrum eingewiesen werden, das sich außerhalb des Einzugsbereiches Ihres üblichen Wohnsitzes in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* oder Ihres Hauptwohnsitzes in Ihrem *Aufenthaltsland* befindet, organisiert der Assistance-Dienstleister Ihre Rückreise nach medizinisch festgestellter *Konsolidierung* und übernimmt Ihren Transfer an den Ort Ihres Hauptwohnsitzes in Ihrem *Aufenthaltsland* oder in dem *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*.
Der Rücktransport kann in einem Sanitätswagen (Leichtfahrzeug), einer Ambulanz, mit der Bahn, mit einem Linienflug oder mit einem Ambulanzjet erfolgen. Die Entscheidung über den Ort des Krankenhausaufenthaltes, das Datum, die Notwendigkeit Ihrer Begleitung und die verwendeten Mittel wird ausschließlich vom *Ärzteteam* getroffen. Eine Ablehnung der vom *Ärzteteam* vorgeschlagenen Lösung bewirkt die Annullierung der Personen-Assistance-Versicherung. **Der Assistance-Dienstleister kann *Sie* auffordern, Ihr Reisedokument zu verwenden, wenn dieses verwendet oder geändert werden kann.**

Rücktransport der anderen Begünstigten bei Krankenrücktransport des *Versicherten*
Bei einem Krankenrücktransport des *Versicherten* organisiert der Assistance-Dienstleister die Rückreise der mitreisenden versicherten *Familienmitglieder* nach Hause.
Der Assistance-Dienstleister übernimmt die Kosten für ein Reisedokument für einen einfachen Flug in der Economy-Klasse oder für eine einfache Bahnfahrt 1. Klasse, sofern die für Ihre Reise ursprünglich vorgesehenen Tickets nicht verwendbar oder umbuchbar sind.

Kinderbegleitung
Wenn *Sie* nach Hause transportiert werden und es Ihnen unmöglich ist, sich um Ihre *unterhaltsberechtigten Kinder* unter 18 Jahren zu kümmern, die ebenfalls vom Vertrag begünstigt sind, stellt der Assistance-Dienstleister der Person Ihrer Wahl ein Reiseticket für die Hin- und Rückreise (Flugzeug Economy-Klasse oder Bahn 1. Klasse) zur Verfügung, um Ihre *unterhaltsberechtigten Kinder* in Ihr *Land der Staatsangehörigkeit* zurückzubringen.

Überführung der sterblichen Überreste bei Ableben und Kosten für den Sarg
Nach dem Ableben organisiert und übernimmt der Assistance-Dienstleister die Überführung der sterblichen Überreste (Leichnam, Asche) vom Ort des Ablebens bis an den Ort der Bestattung im *Land* der *Staatsangehörigkeit*, des *Aufenthaltes* oder der *Herkunft* (sofern abweichend) des Versicherten.
Der Assistance-Dienstleister übernimmt die Kosten für die post mortem durchzuführenden Handlungen, die Sarglegung und die für den Transport notwendigen Vorkehrungen. Die mit dem von der Assistance organisierten Transport verbundenen Sargkosten werden bis zu einer Höhe von **maximal 2.000 €/US$** übernommen. Die Kosten für die Bestattung, die Trauerfeier, den Leichenzug vor Ort und die Beerdigung oder Einäscherung gehen zu Lasten Ihrer Familie. Die Auswahl der an der Überführung beteiligten Firmen erfolgt ausschließlich durch den Assistance-Dienstleister.

4.3.2. Umfassende Assistance-Versicherung

Anwesenheit eines Ihrer *Familienmitglieder* bei einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus
Wenn Ihr Zustand Ihren Rücktransport nicht erlaubt oder nicht rechtfertigt und wenn der Krankenhausaufenthalt vor Ort länger als 6 aufeinanderfolgende Tage andauert, stellt der Assistance-Dienstleister einem *Mitglied Ihrer Familie* ein Ticket für die Hin- und Rückreise im Flugzeug in der Economy-Klasse oder mit der Bahn 1. Klasse zur Verfügung, um zu Ihnen reisen zu können. Diese Leistung wird nur dann genehmigt, wenn sich kein anderes volljähriges *Mitglied Ihrer Familie* vor Ort befindet.
Der Assistance-Dienstleister organisiert dessen Unterbringung vor Ort und übernimmt seine Hotelkosten (nur Zimmer und Frühstück) **für maximal 10 Übernachtungen in Höhe von 100 €/US$ pro Nacht. Andere vorübergehende Unterbringungslösungen sind nicht erstattungsfähig.**

Beaufsichtigung unterhaltsberechtigter Kinder unter 18 Jahren
Wenn sich bei einem Krankenhausaufenthalt des *Versicherten* dessen *unterhaltsberechtigte Kinder* nicht allein versorgen und von keinem *Familienmitglied* betreut werden können, übernimmt die Versicherung:

- die Beaufsichtigung der *unterhaltsberechtigten Kinder* am Wohnsitz des *Versicherten* für **maximal 20 Stunden**,
- die Kostenübernahme für die Gesamtleistung ist auf **500 €/US$** begrenzt.

Rückreise oder Betreuung des Haustieres bei Krankenrücktransport des *Versicherten*
Der Assistance-Dienstleister organisiert und übernimmt die Rückreise des Haustieres bei Krankenrücktransport des *Versicherten* und aller *Mitglieder seiner Familie* in das *Land der Staatsangehörigkeit* (oder *Herkunftsland*, sofern abweichend)

oder in das *Aufenthaltsland*. Die Rückreise und die dafür genutzten Mittel werden vom Assistance-Dienstleister gewählt und beschlossen. **Die Kostenübernahme für diese Rückreise ist auf 500 €/US$ begrenzt,** unabhängig von der Anzahl der rückreisenden Haustiere.

Der Assistance-Dienstleister haftet nicht, wenn diese Rückreise aufgrund der geltenden Gesetze im Land der Entsendung bzw. der Auswanderung oder aufgrund eines Verbots der Behörden vor Ort aus einem beliebigen Grund nicht durchführbar ist.
Diese Leistung wird keinesfalls für die Rückreise eines Wildtieres erbracht.
Haustierbetreuung: Bei einem Krankenhausaufenthalt des *Versicherten* übernimmt der Versicherer während der Aufenthaltsdauer des *Versicherten* in der Klinik die Unterbringungskosten in einer geeigneten Tierpension **in Höhe von 500 €/US$** unabhängig von der Anzahl der Haustiere, wenn diese nicht anderweitig betreut werden können.

Haushaltshilfe
Der *Versicherer* übernimmt entweder ab Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus oder ab dem Tag Ihrer Einweisung in eine Klinik oder während Ihrer Verhinderung zu Hause eine Haushaltshilfe zur Durchführung von Hausarbeiten an Ihrem Wohnsitz.
Der Versicherer erstattet die Kosten der Haushaltshilfe für **10 Stunden**, deren Inanspruchnahme *Sie* während des Monates ab dem Tag Ihrer Krankenhauseinweisung oder Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus oder während Ihrer Verhinderung zu Hause frei wählen können, in Höhe von **maximal 250 €/US$.**

Such- und Rettungskosten
Diese Versicherungsleistung hat die Erstattung Ihrer Such- und Rettungskosten zum Gegenstand, die bei einem Einsatz von Spezialteams auf einem privaten oder öffentlichen Grundstück anfallen, die mit allen Mitteln, inkl. Hubschraubern, ausgerüstet sind. **Diese Versicherungsleistung wirkt in Ergänzung bzw. nach vollständiger Inanspruchnahme weiterer ähnlicher Versicherungen, die *Sie* u. U. abgeschlossen haben.**
Die Versicherungsleistung ist in allen Fällen auf **maximal 5.000 €/US$ je Person und 15.000 €/US$ je Ereignis** begrenzt.

Rücktransport bei *Terror*- oder *Sabotage*akten, *Attentat* oder *Aggression*
Wenn der *Versicherte* Opfer eines *Terror*- oder *Sabotageakts*, eines *Attentats* oder einer *Aggression* ist, der/die *Personenschäden* oder einen Schockzustand hervorgerufen hat, organisiert der Assistance-Dienstleister den Rücktransport des *Versicherten* in sein *Land der Staatsangehörigkeit* (oder in sein *Herkunftsland*, sofern abweichend).
Die Rückreise und die dafür genutzten Mittel werden vom Assistance-Dienstleister gewählt und beschlossen.

Rückkehr im Fall von Terroranschlägen, politischen Unruhen oder Naturkatastrophen
Wenn *Sie* auf Anraten der örtlichen Behörden Ihres *Aufenthaltslandes* oder des *Landes* Ihrer *Staatsangehörigkeit* aufgrund von Terroranschlägen, politischen Unruhen oder Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben oder Überschwemmungen) gezwungen sind, Ihr *Aufenthaltsland* zu verlassen, haben *Sie* Anspruch auf eine vorzeitige Rückkehr. Hierzu übermitteln *Sie* dem Versicherer nach Ihrer Rückkehr in das *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit* alle Belege, die es Ihnen ermöglichen, die Reisekosten eines Flugtickets (Economy-Klasse) oder eines Zugtickets (1. Klasse) bis zu einem Höchstbetrag von **1.500 €/US$** erstattet zu bekommen. Diese Leistung wird nur außerhalb des *Landes* Ihrer *Staatsangehörigkeit* gewährt und kann nicht in ausgeschlossenen Ländern in Anspruch genommen werden.

Rückreise der versicherten *Familienmitglieder*
Bei Rückführung des Leichnams des *Versicherten* organisiert der Assistance-Dienstleister die Rückreise der mitreisenden versicherten *Familienmitglieder* nach Hause.
Der Assistance-Dienstleister übernimmt die Kosten für ein Reisedokument für einen einfachen Flug in der Economy-Klasse oder für eine einfache Bahnfahrt 1. Klasse, sofern die für Ihre Reise ursprünglich vorgesehenen Tickets nicht verwendbar oder umbuchbar sind.

Unterbringungskosten im Falle eines *Unfalls* oder einer *Erkrankung* des Versicherten
Nach einem Krankenhausaufenthalt von mehr als 6 Tagen außerhalb Ihres gewöhnlichen *Aufenthaltslandes* übernimmt der Versicherer die Kosten für die Unterbringung, sofern eine sofortige Rückkehr nicht möglich ist. Die Leistung beträgt **bis zu 150 €/US$ pro Nacht für eine Höchstdauer von 7 Nächten**.

Rückreise in Ihr *Aufenthaltsland* nach *Konsolidierung*
Wenn *Sie* nach einem Rücktransport zu Behandlungszwecken in der Lage sind, Ihre Berufstätigkeit wiederaufzunehmen, organisiert der Assistance-Dienstleister Ihre Rückkehr in Ihr *Aufenthaltsland*, sofern die entsprechende Kostenzusage des *Ärzteteams* der Versicherung vorliegt.
Der Assistance-Dienstleister übernimmt die Kosten für das Reisedokument für einen einfachen Flug in der Economy-Klasse bzw. eine einfache Bahnfahrt 1. Klasse.

Anwesenheit eines Angehörigen beim Verstorbenen

Wenn sich die Anwesenheit eines *Familienmitgliedes* oder eines *Angehörigen* vor Ort als unabdingbar für die Identifizierung des verstorbenen *Versicherten* und die Erledigung der Formalitäten für die Rückführung oder Einäscherung erweisen sollte, stellt der Assistance-Dienstleister ein Reisedokument für die Hin- und Rückreise im Flugzeug in der Economy-Klasse oder mit der Bahn 1. Klasse zur Verfügung.

Diese Versicherungsleistung kann nur dann beansprucht werden, wenn der *Versicherte* im Augenblick seines Todes sich allein, ohne familiäre Begleitung, in seinem *Aufenthaltsland* vor Ort war. Der Assistance-Dienstleister organisiert die Unterbringung eines *Familienmitgliedes* bzw. *Angehörigen* vor Ort und übernimmt seine Hotelkosten (nur Zimmer und Frühstück) **für maximal 4 aufeinanderfolgende Übernachtungen in Höhe von 50 €/US$ pro Nacht. Andere vorübergehende Unterbringungslösungen sind nicht erstattungsfähig.**

Ermittlung und Versand von Arzneimitteln, die vor Ort nicht zur Verfügung stehen

Sollte es nicht möglich sein, die vor der Abreise von Ihrem behandelnden Arzt in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem *Herkunftsland*, sofern abweichend) verordneten notwendigen Arzneimittel oder ihr Äquivalent vor Ort zu beschaffen, ermittelt der Assistance-Dienstleister diese in Frankreich.
Wenn sie dort lieferbar sind, werden sie unter Beachtung der lokalen Gesetze und der verfügbaren Transportmittel schnellstmöglich versandt.
Diese Leistung gilt für gelegentliche Anforderungen. Im Rahmen von Langzeitbehandlungen, bei denen ein regelmäßiger Versand notwendig ist, oder für Impfstoffe kann sie nicht gewährt werden. Die Arzneimittelkosten gehen zu Ihren Lasten, sofern sie nicht von *Ihrer* Krankenversicherung versichert sind. *Sie* verpflichten sich, deren Kosten zzgl. eventueller Zollgebühren innerhalb von 30 Tagen ab dem Versanddatum zu erstatten.

Rechtsschutz im Ausland (gilt nicht im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*)

Bei einer fahrlässigen Zuwiderhandlung gegen die in Ihrem *Aufenthaltsland* geltenden Gesetze und bei allen Handlungen, die kein Verbrechen sind, wird der Assistance-Dienstleister auf schriftlichen Antrag tätig, sofern gegen *Sie* Klage eingereicht werden sollte. Dieser Versicherungsschutz gilt nicht im Zusammenhang mit Ihrer Berufstätigkeit.
Der Assistance-Dienstleister übernimmt die Kosten für den Anwalt vor Ort **bis maximal 1.500 €/US$ je Ereignis.**

Kautionsvorschuss bei einem Strafverfahren im Ausland (gilt nicht im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*)

Der Assistance-Dienstleister hinterlegt die von den Behörden verlangte Kaution in Form eines Vorschusses, damit *Sie* auf freien Fuß gesetzt werden können bzw. nicht in Untersuchungshaft müssen.
Dieser Vorschuss wird von einem Juristen vor Ort bis zu einer Höhe von **maximal 15.000 €/US$ je Ereignis** geleistet.
Sie sind verpflichtet, dem Assistance-Dienstleister diesen Vorschuss zurückzuzahlen:

- bei Rückzahlung der Kaution wegen Einstellung des Verfahrens oder bei Freispruch,
- innerhalb von 15 Tagen ab der rechtskräftigen Entscheidung des Gerichtes im Fall einer Verurteilung,
- auf jeden Fall innerhalb einer Frist von 3 Monaten ab dem Datum der Zahlung.

Reise-Assistance

Wenn *Sie* sich im Ausland befinden und dort Ihre persönlichen Sachen (Personaldokumente, Zahlungsmittel, *Gepäck*) oder Ihre Reiseunterlagen verlieren oder diese gestohlen wurden, unternimmt der Assistance-Dienstleister nach Anzeige bei den zuständigen Behörden vor Ort alles, um *Sie* bei Ihren Maßnahmen zu unterstützen.
Der Assistance-Dienstleister ist nicht berechtigt, Zahlungsmittel für Dritte sperren zu lassen. Sollten Ersatzdokumente in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* zur Verfügung gestellt werden, verpflichtet sich der Assistance-Dienstleister, Ihnen diese schnellstmöglich zu übermitteln.
Der Assistance-Dienstleister kann einen Vorschuss **in Höhe von 1.500 €/US$ je Ereignis** zahlen, damit *Sie* die allernötigsten Einkäufe tätigen können.
Bei Verlust oder Diebstahl eines Reisetickets kann Ihnen der Assistance-Dienstleister im Rahmen eines Vorschusses ein neues, nicht handelbares Ticket zukommen lassen.
Für diese Vorschüsse ist eine Sicherheit zu leisten, die entweder von Ihnen selbst oder von einem Dritten zu hinterlegen ist. Die Rückzahlung von Vorschüssen hat innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab der Bereitstellung der Gelder zu erfolgen.

Flugverspätung, Flugausfall oder Nichtzulassung an Bord

Wenn an einem beliebigen Flughafen:

- der bestätigte Linienflug des *Versicherten* sich in Bezug auf die ursprünglich vorgesehene Abflugzeit um Vier (4) oder mehr Stunden verspätet,
- der bestätigte Linienflug des *Versicherten* annulliert wird,
- der *Versicherte* aufgrund einer Überbuchung nicht an Bord gelassen und ihm kein Ersatztransportmittels innerhalb einer Frist von Sechs (6) Stunden angeboten wird, erhält der *Versicherte* eine Entschädigung in Höhe von bis zu 300 €/US$ für

seine Ausgaben für Verpflegung, Erfrischungen, Hotelübernachtung und/oder Transport vom und zum Flughafen oder Terminal.

Diese Leistung gilt nicht in den nachstehend aufgeführten Fällen:

- Trotz des Erfordernisses einer Bestätigung, hat der *Versicherte* seinen Flug nicht vorab bestätigt, es sei denn, er wurde durch einen Streik oder in Fällen *höherer Gewalt* daran gehindert.
- Die Verspätung ist Folge eines Streiks oder der Gefahr eines Bürgerkriegs oder eines Krieges, von dem der *Versicherte* vor seiner Abreise Kenntnis hatte.
- Im Fall eines durch die zivile Luftfahrtbehörde, die Flughafenbehörden oder eine vergleichbare Behörde in einem beliebigen Land angeordneten temporären oder endgültigen Widerrufs der Flugerlaubnis des Flugzeugs.

Verpassen einer Flugverbindung

Wenn der *Versicherte* den Abflug der Flugverbindung eines Linienflugs aufgrund einer Verspätung des vorhergehenden Linienflugs, mit dem die Reise erfolgte, verpasst, und ihm kein Ersatztransportmittel innerhalb einer Frist von Sechs (6) Stunden nach der tatsächlichen Ankunft am Ort der Flugverbindung bereitgestellt wird, erhält er eine Entschädigung in Höhe von bis zu 300 €/US$ für seine Ausgaben für Hotelübernachtung, Restaurant oder Erfrischungen.

Die Leistungen „Verspätung, Annullierung des Fluges oder Nichtzulassung an Bord“ und „Verpassen einer Flugverbindung“ sind kumulierbar.

Erstattung der Aufenthaltskosten

Im Fall einer Auslandsreise außerhalb Ihres *Aufenthaltslandes*, besteht der Zweck dieser Leistung darin, bereits bezahlte und nicht in Anspruch genommener Aufenthaltskosten (Beherbergungskosten, Transport nicht inbegriffen) im Fall einer vorzeitigen, vom Assistance-Unternehmen organisierten Rückkehr des *Versicherten* in das *Land* seiner *Staatsangehörigkeit* aufgrund eines Krankenrücktransportes, zeitanteilig zu erstatten.

Der Höchstbetrag der Entschädigung beläuft sich auf 250 €/US$ pro Tag, mit einer Gesamthöchstgrenze in Höhe von 5.000 €/US$ pro *Versicherungsjahr*.

Die Entschädigung wird proportional zur Anzahl der nicht in Anspruch genommenen Aufenthaltstage bemessen. Zur Berechnung dieser Entschädigung werden die Bearbeitungsgebühren, Visumsgebühren, Versicherungsgebühren, Trinkgeld, sowie die durch den Reiseveranstalter oder ein anderes Unternehmen, dem *Sie* die betroffenen Kosten gezahlt haben, getätigten Rückzahlungen oder Entschädigungen abgezogen.

Diese Versicherungsleistungen gelten außerhalb des angegebenen gewöhnlichen *Aufenthaltslandes* des *Versicherten*.

Unmögliche Rückreise

Bei Eintreten eines Ereignisses, das von den zuständigen Behörden des Landes, in dem *Sie* sich zeitweise aufhalten (außerhalb Ihres gewöhnlichen *Aufenthaltslands*), als *höhere Gewalt* eingestuft wird, und das *Sie* daran hindert, definitiv in Ihr gewöhnliches *Aufenthaltsland* zurückzukehren, übernimmt die Versicherung zusätzliche Kosten für den Aufenthalt am Ort in **Höhe von 100 €/US$ pro Nacht (einzig und allein Kosten für Verpflegung und Unterkunft), für eine Höchstdauer von 14 Nächten**.

Die Versicherungsleistung ist erst ab Feststellung des Tatbestandes der *höheren Gewalt* durch die zuständigen Behörden des Landes, in dem *Sie* sich zeitweise aufhalten, und nach vorheriger Genehmigung durch den Assistance-Dienstleister, wirksam. Für ohne *vorherige Kostenzusage* durch den Assistance-Dienstleister getätigte Ausgaben sowie alle Kosten, die durch eine Verlängerung des Aufenthaltes, die nicht mit einem als *höhere Gewalt* bezeichneten Ereignis in Zusammenhang stehen, besteht kein Leistungsanspruch.

Übermittlung wichtiger Nachrichten

Wenn *Sie* faktisch nicht in der Lage sind, eine wichtige Nachricht zu übermitteln und wenn *Sie* darum bitten, übermittelt der Assistance-Dienstleister kostenlos auf dem schnellsten Weg Ihre Nachrichten oder Neuigkeiten an die Mitglieder Ihrer Familie, Ihre Angehörigen oder Ihren Arbeitgeber. Für den Inhalt der Nachrichten sind ihre Verfasser verantwortlich, die identifizierbar sein müssen und für die nur diese haften, wobei der Assistance-Dienstleister nur als Vermittler für die Überbringung der Nachrichten auftritt. Der Assistance-Dienstleister kann auch in umgekehrter Richtung als Vermittler dienen.

Verlust, Beschädigung oder Zerstörung des persönlichen *Gepäcks*

Der Versicherer tritt auf den vom *Versicherten* durchgeführten Reisen für Verlust, Beschädigung oder die vollständige oder teilweise Zerstörung des *Gepäcks* ein.

Der Versicherer ist nur in den folgenden Fällen zu Leistungen verpflichtet:

- Verlust, Beschädigung und Zerstörung, wenn sich das *Gepäck* unter Verantwortung eines Spediteurs befindet und registriert wurde,
- wenn der Verlust, die Beschädigung und die Zerstörung Ergebnis eines Katastrophenereignisses wie Brand, Überschwemmung, Einsturz oder einer *terroristischen Handlung* ist.

Deckungssumme der Versicherungsleistung:
Der Versicherer versichert das persönliche *Gepäck* bis zu **1.000 €/US$.**
Wie kann ich die Leistungen in Anspruch nehmen?
Der *Schadensfall* muss dem Versicherer schriftlich innerhalb von fünf Werktagen nach dem Schaden über die Website https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx angezeigt werden. Nach Ablauf dieser Frist kann der Versicherer von seinem Recht auf Leistungsverweigerung Gebrauch machen. Der Versicherer wird von Ihnen eine Liste mit den entsprechenden Belegen anfordern.

Betrügerische Nutzung der SIM-Karte durch einen Dritten
Der Versicherer übernimmt die Kosten für die missbräuchlichen Telefongespräche durch einen Dritten nach einem Diebstahl mit *Aggression* des Mobiltelefons während Ihres Aufenthaltes außerhalb des *Landes* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, sofern diese Telefongespräche vor der Registrierung Ihres Sperrantrages für die SIM-Karte und innerhalb von 48 Stunden ab dem Datum und Uhrzeit des Diebstahls erfolgten.

Sonderfälle bei privaten Mobiltelefonen, Smartphones und Tablets
Der Versicherer erstattet dem *Versicherten* 500 €/US$ pro *Schadensfall* für Mobiltelefone, Smartphones oder Tablets, die außerhalb des *Landes der Staatsangehörigkeit* durch *Aggression* gestohlen oder entrissen wurden, gegen Vorlegung von Belegen. **Diese Leistung ist auf einen *Schadensfall* pro *Versicherungsjahr* und *Versicherten* begrenzt.**
Abnutzung:
- Zwanzig Prozent (20 %) im ersten Jahr (ab dem Kauftag)
- Vierzig Prozent (40 %) während des zweiten Jahres
- Keine Rückerstattung nach dem zweiten Jahr.

In jedem Fall ist der *Versicherte* verpflichtet, Original- oder Ersatzrechnungen des Kaufs der Geräte zur Verfügung zu stellen.

Vorzeitige Rückkehr bei Ableben oder Krankenhausaufenthalt eines *Familienmitgliedes*
Der Assistance-Dienstleister stellt Ihnen bei einem Todesfall oder einem Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen eines *Mitgliedes Ihrer Familie* ein Ticket für die Hin- und Rückreise (Flugzeug Economy-Klasse oder Bahn 1. Klasse) in Ihr *Land der Staatsangehörigkeit* (oder in Ihr *Herkunftsland*, sofern abweichend) zur Verfügung. Die Hinreise muss innerhalb von 8 Tagen ab dem Todestag oder der Krankenhauseinweisung erfolgen. Dieser Leistungsanspruch besteht, wenn das Datum des Ablebens oder des Krankenhausaufenthaltes nach dem Datum Ihrer Abreise liegt.
Der Assistance-Dienstleister behält sich das Recht vor, vor jeder Beanspruchung Ihrer Leistung die Realität des garantierten Ereignisses zu überprüfen (Krankenhausbericht, Sterbeurkunde…). Diese Versicherungsleistung kann nur einmal pro *Versicherungsjahr* für ein und dasselbe auslösende Ereignis in Anspruch genommen werden. Ein auslösendes Ereignis ist das Ereignis, das die Inanspruchnahme der Versicherungsleistung bewirkt. Für diese Versicherungsleistung bedeutet dies, dass ein und dieselbe *Krankheit* nicht zu mehreren vorzeitigen Rückreisen innerhalb eines *Versicherungsjahres* führen kann.
Um diese Leistung nutzen zu können, müssen *Sie* unbedingt Kontakt mit dem Assistance-Dienstleister aufnehmen, um die *vorherige Kostenzusage* von ihm einzuholen. Sollten *Sie* dies nicht tun, behält sich der Assistance-Dienstleister die Möglichkeit vor, die Erstattung der Tickets zu verweigern, die *Sie* eventuell selbst gekauft haben.

Übersetzung von rechtlich oder administrativ relevanten Dokumenten
Wenn *Sie* sich im Ausland aufhalten oder bei einem Rücktransport aus medizinischem Grund und wenn Ihnen die Landessprache erhebliche Probleme beim Verstehen von rechtlich oder administrativ relevanten Dokumenten bereitet, organisiert und übernimmt der Assistance-Dienstleister die Übersetzung dieser Dokumente in Ihre Muttersprache. Die Kostenübernahme von dem Assistance-Dienstleister ist auf **500 €/US$ je *Versicherungsjahr*** beschränkt. Der Assistance-Dienstleister haftet nicht für die Folgen einer fehlerhaften Übersetzung oder mangelndes Verständnis Ihrerseits.

Einschränkung der umfassenden Assistance-Versicherung:
Wenn der Assistance-Dienstleister Ihren Krankenrücktransport oder Ihre Rückreise organisiert und übernimmt, kann von Ihnen verlangt werden, vorrangig Ihr Reiseticket zu verwenden.
Wenn der Assistance-Dienstleister Ihre Rückführung auf eigene Kosten sichergestellt hat, sind *Sie* verpflichtet, dem Assistance-Dienstleister das nicht verwendete Reiseticket auszuhändigen.

Psychologische Betreuung
Der Assistance-Dienstleister stellt dem *Versicherten* eine psychologische Betreuung zur Verfügung. Der klinische Psychologe bietet Ihnen in absoluter Vertraulichkeit eine medizinisch-psychologische Unterstützung, die es Ihnen ermöglicht, sich anzuvertrauen und die Situation, mit der *Sie* konfrontiert sind, zu klären. Er wird Ihnen helfen, Ihre persönlichen, familiären, sozialen und medizinischen Ressourcen zu identifizieren, zu bewerten und zu mobilisieren, um diese schwierige Zeit zu überstehen.

Die Leistung wird telefonisch erbracht. Nach einem einfachen Anruf wird ein Termin nach Vereinbarung mit einem Psychologen des Assistance-Dienstleisters vereinbart, der zurückruft, um die Maßnahme einzuleiten. Bei Bedarf kann der Anrufer direkt mit einem Psychologen verbunden werden, sofern einer der Psychologen des Teams des Assistance-Dienstleisters tatsächlich verfügbar ist. Die Gespräche werden vertraulich und unter Einhaltung der geltenden berufsethischen Regeln geführt. Die angebotene Begleitung ist auf maximal drei (3) Gespräche begrenzt. Das Team aus klinischen Psychologen ist unter der Nummer +33 (0) 1 41 61 23 25 erreichbar, damit der *Versicherte* mit qualifizierten Fachkräften sprechen kann.

Je nach Situation und Erwartung des Leistungsempfängers kann ein Termin für ein Treffen mit einem staatlich geprüften Psychologen in der Nähe seines Wohnorts vereinbart werden. Die Wahl des Psychologen obliegt dem *Versicherten*, und die Kosten für die Beratung gehen zu seinen Lasten.

Darüber hinaus stellt der Assistance-Dienstleister im Todesfall des *Versicherten* dem *Lebenspartner* und/oder den *unterhaltsberechtigten Kindern* des *Versicherten* eine psychologische Begleitung zur Verfügung, auch wenn diese nicht durch den Vertrag versichert sind. Die angebotene Begleitung ist ebenfalls auf höchstens drei (3) Gespräche beschränkt.

4.4. Privat*haftpflicht*versicherung

Gegenstand der Versicherung:

Diese Versicherung deckt die finanziellen Folgen von Schäden ab, für die *Sie* und die versicherten *Familienmitglieder* als Privatperson haften müssen, wobei der Weg von der Wohnung zur Arbeit und zurück mitversichert ist. Diese Versicherung tritt ein, wenn *Sie* oder eine Person, für die *Sie* haften, für einen **Schaden** haftbar gemacht werden, der **einem anderen zugefügt** wurde.

Deckungssummen der Versicherung:

Personen-, Sach- sowie immaterielle Folgeschäden: **bis 7.500.000 €/US$ je *Schadensfall* und *Versicherungsjahr*,** *davon: Sachschäden und immaterielle Folgeschäden:* **bis 750.000 €/US$ je *Schadensfall* und *Versicherungsjahr*. *Selbstbehalt* von 150 €/US$ je *Schadensfall*.**

Folgeschäden durch Brand-, Explosions- und Wasserschäden an Gebäuden, die der *Versicherte* für die Durchführung von Familienfeiern gemietet oder geliehen hat: **bis zu 150.000 €/US$ pro *Schadensfall* und *Versicherungsjahr*. Selbstbeteiligung von 150 €/US$ pro *Schadensfall*.**

Wie kann ich diese Versicherungsleistung in Anspruch nehmen?

Sie müssen dem Versicherer jeden *Schadensfall*, der zu einer Inanspruchnahme der Versicherungsleistung führen könnte, sobald *Sie* davon Kenntnis haben und spätestens innerhalb von 15 Tagen anzeigen, wobei *Sie* dabei die Umstände und Folgen detailliert zu schildern haben.
Kontaktieren *Sie* den Versicherer unter: France.DeclarationsRC@Chubb.com

Besondere Bestimmungen

Uneinigkeit

Bei Uneinigkeit hinsichtlich der zu treffenden Maßnahmen zur Beilegung eines Streitfalles kann dieses Problem der Beurteilung durch eine Drittperson vorgelegt werden, die einvernehmlich oder, sofern kein Einvernehmen erzielt werden konnte, vom Präsidenten des „tribunal de grande instance" Paris (französisches Gericht der ersten Instanz für spezielle Gerichtsbarkeit) bestimmt wird, der im Rahmen einer einstweiligen Verfügung entscheidet. Die dafür anfallenden Kosten trägt der Versicherer. Allerdings kann der Präsident des „tribunal de grande instance" Paris darüber anders entscheiden, wenn *Sie* diese Möglichkeit missbräuchlich in Anspruch genommen haben.
Wenn *Sie* auf Ihre Kosten einen Rechtsstreit führen, der zu einer günstigeren Lösung als die von der Versicherung oder der o.g. Drittperson angebotenen Lösung führt, erstattet Ihnen der Versicherer die von *Ihnen* verauslagten Kosten im Rahmen des versicherten Betrages.
Nach Einleitung des o.g. Verfahrens wird die Frist für eine gerichtliche Beschwerde für alle versicherten Rechtsinstanzen ausgesetzt, die von Ihnen in Anspruch genommen werden könnten, bis die mit der Unterbreitung eines Lösungsvorschlages beauftragte Drittperson diesen in seinem Wortlaut bekanntgegeben hat.

Auswahl eines Anwaltes

Bei Gerichts- oder Verwaltungsverfahren, die von einem Rechtsanwalt oder einer lt. geltendem Recht oder Vorschrift qualifizierten Person zur Vertretung Ihrer Interessen begleitet werden müssen, haben *Sie* freie Auswahl, wobei die Honorare von dem Versicherer direkt gezahlt werden. Wenn *Sie* keinen Anwalt kennen, kann Ihnen die Versicherung einen solchen stellen. Die freie Anwaltswahl gilt auch bei einem Interessenskonflikt zwischen Ihnen und dem Versicherer.

Verfahren – Verhandlungen

Bei einer Klage, die sich auf eine durch diesen Vertrag versicherte Haftung bezieht, behält sich der Versicherer das Recht vor, innerhalb der Grenzen dieser Versicherungsleistung den Prozess zu führen und vor allen Zivil-, Handels- oder Verwaltungsgerichten alle Rechtsmittelwege zu beschreiten.

Sollten *Sie* sich der Wahrnehmung dieser Möglichkeit widersetzen, ist die Versicherung berechtigt, Ihnen den Versicherungsschutz abzuerkennen.

Bei einem Verfahren vor Strafgerichten und wenn der oder die Geschädigte/n nicht entschädigt wurde/n, hat der Versicherer mit Ihrer Genehmigung die Möglichkeit, die Verteidigung auf strafrechtlicher Ebene zu führen oder an ihr mitzuwirken. Sollte diese Genehmigung nicht erteilt werden, kann der Versicherer trotzdem die Verteidigung Ihrer Zivilinteressen wahrnehmen. Darüber hinaus kann der Versicherer alle Rechtsmittelwege in Ihrem Namen beschreiten, inkl. Berufung vor dem Kassationsgericht, wenn das Strafverfahren abgeschlossen ist. Sollte dies nicht der Fall sein, kann der Versicherer nur mit Ihrem Einverständnis Rechtsmittel einlegen. *Sie* selbst werden im Rahmen der Versicherungsleistung keinen Vergleich mit den geschädigten Personen schließen.
Dem Versicherer ist keine Haftungsanerkennung und keine neben ihm geschlossene Transaktion entgegenhaltbar, wobei das Eingeständnis eines objektiven Tatbestandes nicht als Haftungsanerkennung betrachtet wird.

5. Was aus Ihrem Vertrag ausgeschlossen ist

5.1. Gemeinsame Ausschlüsse für alle Versicherungen des Vertrags

Neben den Ausschlüssen, die die einzelnen Versicherungen betreffen, sind alle Folgen und Konsequenzen der nachfolgenden Punkte von allen Versicherungen ausgeschlossen:

- **Medizinische Vorgeschichte;**
  - **_Unfälle_ oder _Vorerkrankungen_, die vor dem Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrags in die Versicherung aufgetreten sind, es sei denn, sie wurden zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses angegeben UND akzeptiert;**
  - **alle Komplikationen, die durch Pathologien verursacht werden, die nicht durch Ihren Vertrag abgedeckt sind;**
  - **Kosten, die vor dem _Inkrafttreten_ des Vertrags und/oder während der _Wartezeit_ entstanden sind, oder Maßnahmen, die vor diesem Zeitpunkt verordnet wurden.**

  Zur Erinnerung, unter _Vorerkrankungen_ versteht man jede _gesundheitliche Affektion_ oder Pathologie, die vor dem Datum der Unterzeichnung Ihres Aufnahmeantrags (einschließlich Ihres Gesundheitsfragebogens) diagnostiziert, _medizinisch versorgt_ oder durch medizinische Untersuchungen erforscht und/oder behandelt wurde. Als _Vorerkrankung_ gilt jede derartige _gesundheitliche Affektion_ oder _symptoma_tische Affektion, von der _Sie_ zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts Kenntnis hatten oder vernünftigerweise hätten haben können.

- **Vorsätzliche Handlungen:**
  - **jegliche Erstattung im Falle einer vorsätzlichen Falschangabe des _Versicherten_;**
  - **vorsätzliche Handlungen des _Versicherungsnehmers_ oder des _Versicherten_ und/oder Verstöße gegen die Gesetzgebung des Landes, in dem sich der _Versicherte_ aufhält;**
  - **die freiwillige Teilnahme des _Versicherten_ an Schlägereien, Volksbewegungen oder Terrorakten, unabhängig davon, wo sich die Ereignisse abspielen und wer die Protagonisten sind (außer im Fall von Selbstverteidigung);**
  - **Selbstmordversuch, Selbstverletzung und selbst zugefügte Verletzungen oder _Krankheiten_;**
  - **der Gebrauch von Drogen oder Betäubungsmitteln ohne ärztliche Verschreibung;**
  - **Blutalkoholkonzentration oder Trunkenheit des _Versicherten_ (Blutalkoholkonzentration über dem Wert, der durch das am Tag des _Schadensfalles_ im Land des Geschehens geltende Gesetz für den Kraftfahrzeugverkehr festgelegt ist);**
  - **Verkehrs_unfälle_ mit motorisierten Zweiradfahrzeugen, wenn der _Versicherte_ keinen Helm getragen hat;**
  - **freiwillige Schwangerschaftsabbrüche mit Ausnahme von therapeutischen Schwangerschaftsabbrüchen;**
  - **die Ausübung einer vom Versicherer ausgeschlossenen risikobehafteten beruflichen Tätigkeit.**

- **Ausübung von Sport:**
  - **die Ausübung von Sport als Beruf, einschließlich der Ausübung von Sport im Rahmen eines Sportstudienganges oder der Teilnahme an professionellen Sportaktivitäten;**
  - **die Ausübung der nachfolgend aufgeführten Sportarten:**
    - **Bergsportarten: Bergsteigen, Klettern (ohne künstliche, nicht gesicherte Hilfsmittel), Felsklettern, Wandern in Höhen über 3.000 Metern, Skispringen, Bobfahren, Skeleton, Canyoning, Rafting, Skifahren (Alpinski, Langlauf, Snowboard) außerhalb der markierten, öffentlich zugänglichen Pisten**
    - **Flugsportarten: Kunstflug, Segelfliegen, Fallschirmspringen, Ultraleichtfliegen, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Skysurfing, Heißluftballonfahren**

- Wassersportarten: Flaschentauchen, Hydrospeed, Kitesurfen, Jetski
- Verteidigungs- und Kampfsportarten
- Motorsport: Autofahren, Motorradfahren, Kartfahren oder Quadfahren
- die Ausübung der Jagd

Die Ausübung dieser Sportarten zu Einführungs-, Freizeit- oder Probezwecken ist jedoch versichert, sofern sie unter der Aufsicht eines vom Staat vorgeschriebenen Fachmanns erfolgt.

› Extremsportarten, auch als Freizeitbeschäftigung oder zur Einführung: Bungee-Jumping, Höhlenforschung, extremes Kanu- oder Kajakfahren (auf Wildbächen der Klasse über V, Flüssen der Klasse über II, auf Meeren und Ozeanen in einer Entfernung von mehr als zwei Meilen von der Küste), Segeln (transozeanisch, Einhandsegeln in einer Entfernung von mehr als 20 Meilen von einem sicheren Hafen), Basejumping;

› *Unfälle* im Luftverkehr, es sei denn, *der Versicherte* ist bloßer Passagier und befindet sich an Bord eines Luftfahrzeugs, für das der Eigentümer und der Pilot über alle erforderlichen Genehmigungen und Lizenzen verfügen.

<u>Einhaltung der Wirtschafts- und Handelssanktionen:</u>

Wenn die Versicherungsleistung oder die Entschädigungs- oder Schadenszahlung im Rahmen dieses Vertrages gegen Resolutionen der Vereinten Nationen oder gegen Wirtschafts- und Handelssanktionen, -gesetze oder -vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, Frankreichs, einer nationalen Gesetzgebung oder der Vereinigten Staaten von Amerika verstößt, ist eine solche Versicherungsleistung oder Entschädigungs- oder Schadenszahlung null und nichtig.

5.2. *Ausschlüsse* der Krankenversicherung

Neben den gemeinsamen *Ausschlüssen* für alle Versicherungen des Vertrags, die unter vorstehenden Absatz 5.1 aufgeführt sind, sind alle Folgen und Konsequenzen der nachfolgenden Punkte aus der Krankenversicherung ausgeschlossen:

- alle Ausgaben für Behandlungen oder Verschreibungen vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrags oder während der *Wartezeiten*;

- Komfort-/Ästhetik-/Alternativbehandlungen:

› Kosten für kosmetische Behandlungen und Schönheitsoperationen zur Verbesserung des Aussehens (auch wenn sie ärztlich verordnet sind), es sei denn, sie sind zur Wiederherstellung einer Funktion oder des Aussehens nach einem entstellenden *Unfall* oder nach einer Krebsoperation erforderlich, vorausgesetzt, dass der *Unfall* oder die Operation ebenfalls von APRIL International versichert war;

› die Kosten für Septoplastik, Rhinoplastik und Operationen im Zusammenhang mit einer Nasenscheidewandverkrümmung, außer im Falle eines *Unfalls*, der von APRIL übernommen wird, oder in Ausnahmefällen, die der Zustimmung des Versicherers bedürfen;

› jegliche Behandlungen, Untersuchungen, Therapien, Nachsorge, Aufenthalte und Leistungen zur Gewichtskontrolle, einschließlich Adipositaschirurgie;

› Behandlungen und Aufenthaltskosten in Kurzentren, Fitnesszentren, Genesungseinrichtungen oder Erholungsheimen, SPAs, Thermalbädern und anderen Einrichtungen, die nicht als medizinische Versorgungseinrichtungen (Krankenhaus/Klinik) anerkannt sind, selbst wenn die Behandlung oder der Aufenthalt ärztlich verordnet wurde;

› Nebenkosten, die während eines *Krankenhausaufenthalts* keinen direkten medizinischen Zweck haben, wie z. B. Kosten für Telefon, Fernsehen, Internetzugang, Zeitungen, Transportkosten sowie Mahlzeiten für Besucher, mit Ausnahme der in der Leistungstabelle des Vertrags vorgesehenen Leistungen.

- Kosten für Behandlungen und Pflegemaßnahmen, die von den *zugelassenen Ärzten* des Landes, in denen sie entstehen, nicht anerkannt sind oder in nicht zugelassenen Einrichtungen durchgeführt werden:

› alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, die nicht von einem qualifizierten *zugelassenen Arzt* verordnet wurden;

› Behandlungen, Konsultationen, Medikamente oder Pflegeleistungen, die vom *Versicherten* selbst, seinem Ehepartner, einem Kind oder einem Elternteil verordnet wurden;

› experimentelle Behandlungen, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen und von der zuständigen Gesundheitsbehörde des Landes, in dem sie durchgeführt werden, anerkannt wurde.

- Arzneimittel:

› parapharmazeutische Produkte;

› verschriebene Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel und Mineralstoffe mit Ausnahme von Eisen, Folsäure und Vitamin D auf ärztliche Verschreibung bei nachgewiesenem Mangel;

› Kosten im Zusammenhang mit dem Erwerb von Arzneimitteln oder Behandlungen, die außerhalb ihrer therapeutischen Indikation gemäß der Zulassung angewendet werden oder wenn sie zu medizinisch nicht gerechtfertigten Zwecken (ästhetische Gewichtsabnahme oder körperliche Leistungssteigerung) verschrieben werden.

- Transportkosten:

› Kosten für die Suche und den Transport für eine Organtransplantation.

- **Weitere:**

› Behandlungen, Therapien und Konsultationen, die im Krankenhaus durchgeführt werden, obwohl sie ambulant hätten erfolgen können;
› Behandlungen, Therapien und Konsultationen (einschließlich Telekonsultationen), die von medizinischen Fachkräften außerhalb des vereinbarten *Versorgungsgebiets* erbracht werden, außer im Falle eines *Unfalls* oder eines *medizinischen Notfalls* und im Rahmen der in der Leistungstabelle vorgesehenen Leistungsgrenze. Dieser Ausschluss gilt nicht für den von APRIL angebotenen Telekonsultationsservice;
› Behandlungen, Pflegeleistungen oder Untersuchungen, die direkt oder indirekt mit einer Körperverletzung, einer Verletzung oder einem Unfall zusammenhängen, die bzw. der auf Handlungen des *Versicherten* zurückzuführen ist, während dieser unter dem Einfluss von Alkohol, Suchtmitteln, psychoaktiver Substanzen oder Betäubungsmittel begangen wurden, in einem Zustand, der ihn daran hinderte, seine geistigen Fähigkeiten ordnungsgemäß zu kontrollieren, wobei der Zustand des Alkoholeinflusses im Falle eines Bluttests durch einen Blutalkoholspiegel von mindestens 150 mg/dl gekennzeichnet ist;
› Operationen und Behandlungen im Zusammenhang mit einer Geschlechtsumwandlung;
› Kosten, die einem Organspender in Rechnung gestellt werden;
› Wachstumshormone;
› Behandlungen von sexuellen Funktionsstörungen, wie beispielsweise Impotenz oder andere sexuelle Probleme, unabhängig von deren Ursache;
› alle Kosten im Zusammenhang mit Schlafstörungen;
› Kosten, die zur Durchführung der Formalitäten für einen Leistungsantrag anfallen, oder sonstige Verwaltungskosten (wie Bearbeitungs- oder Aufnahmegebühren);
› Die Folgen und Auswirkungen eines Bürgerkriegs oder eines ausländischen Krieges, eines Aufstands, einer Rebellion, eines Aufruhrs, eines Militärputsches oder einer sonstigen widerrechtlichen Machtergreifung, des Kriegsrechts oder von Maßnahmen einer rechtswidrig eingesetzten Behörde, unabhängig vom Ort des Geschehens und den beteiligten Personen, insbesondere wenn sich der *Versicherte* selbst in Gefahr gebracht hat, indem sie ein Gebiet betreten hat, von dessen Betreten die französische Regierung oder die Regierung des Expatriierungslandes ausdrücklich abrät, oder wenn sie an solchen Ereignissen teilgenommen oder ihre eigene Sicherheit in grober Weise missachtet hat.

5.3. *Ausschlüsse* der Assistance-Versicherung (Basis und umfassend)

Neben den gemeinsamen *Ausschlüssen* für alle Versicherungen des Vertrags, die unter vorstehenden Absatz 5.1 aufgeführt sind, sind aus der Assistance-Versicherung die Kosten ausgeschlossen, die sich aus den folgenden Tatsachen oder Ereignissen ergeben (diese Kosten können keinesfalls erstattet werden und begründen keinen Anspruch auf Leistung durch den Assistance-Dienstleister):

› alle Leistungen und/oder Erstattungen im Zusammenhang mit medizinischen Untersuchungen, Check-ups, Vorsorgeuntersuchungen;
› leichte gesundheitliche Affektionen oder Verletzungen, die vor Ort behandelt werden können und den Versicherten nicht an der Fortsetzung seines Auslandsaufenthaltes hindern;
› Rekonvaleszenz, Krankheiten, die sich in Behandlung befinden und noch nicht konsolidiert sind und/oder eine geplante Nachbehandlung erfordern;
› Krankheiten, die bereits vor der Abreise bestanden und bei denen die Gefahr einer Verschlimmerung oder eines Rückfalles besteht;
› angeborene Krankheiten oder Missbildungen;
› gesundheitliche Affektionen, die in den 6 Monaten vor der Abreise zu einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus geführt haben;
› eventuelle Folgen (Kontrolle, zusätzliche Behandlungen, Rückfälle) einer *gesundheitlichen Affektion*, die Anlass zu einem Krankenrücktransport gegeben hat;
› Schwangerschaftszustände, außer im Fall von unvorhersehbaren Komplikationen, die das Leben der Mutter und/oder des ungeborenen Kindes gefährden könnten;
› Entbindungen und deren Komplikationen;
› Reisen, die zu Diagnose- und/oder Behandlungszwecken unternommen werden;
› Folgen von fehlenden, unmöglichen oder nachfolgenden Impfungen oder Behandlungen, die für eine Reise oder einen Auslandsaufenthalt notwendig oder vorgeschrieben sind;
› Folgen und Konsequenzen eines Bürgerkriegs oder eines ausländischen Krieges, der auf französischem Hoheitsgebiet stattfindet.

Nicht übernommen werden:

› wiederholte Transporte, die aufgrund des Gesundheitszustands des *Versicherten* erforderlich sind;
› Ereignisse, die aufgrund der Teilnahme des *Versicherten* als Wettbewerber an Sportwettkämpfen, Wetten, Spielen, Matches, Wettbewerbe oder deren Vorbereitungstrainings eingetreten sind;

› Folgen, die sich aus jeder neuropsychischen, psychologischen oder psychosomatischen Störung, aus jeder Manifestation, die eine Behandlung mit neuropsychiatrischem Fokus rechtfertigt und insbesondere aus Nervenzusammenbrüchen und Angstzuständen ergeben.

Der Versicherer haftet nicht für Versäumnisse oder Verzögerungen bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen, die sich aus Fällen *höherer Gewalt* ergeben, wie z. B. Bürger- oder Auslandskrieg, Revolution, Aufruhr, Streik, Beschlagnahme oder Zwang durch öffentliche Gewalt, behördliche Verbote, Piraterie, Explosionen von Maschinen, nukleare oder radioaktive Auswirkungen, Epidemien, klimatische oder natürliche Hindernisse, insbesondere Stürme, Hurrikane, Erdbeben.

Von der Leistung „Such- und Rettungskosten" sind ausgeschlossen:
› Such- und Rettungskosten, die sich aus der Nichtbeachtung der von den Betreibern des Geländes festgelegten Sicherheitsvorschriften und/oder der für die vom Versicherten ausgeübte Tätigkeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen ergeben;
› Such- und Rettungskosten, die durch die Ausübung einer Profisportart, die Teilnahme an einer Expedition oder einem Wettkampf entstehen, sofern nicht ausdrücklich anders vereinbart.

Spezifische Ausschlüsse für die Versicherungsleistung „Verlust, Beschädigung oder Zerstörung des persönlichen *Gepäcks*":
› Zahn-, Seh- und sonstige Prothesen, Brillen, Kontaktlinsen;
› Bargeld, Personaldokumente, Geschäftsunterlagen, behördliche Unterlagen, Reiseschecks, Kreditkarten, Flugtickets, Fahrkarten und „Voucher";
› Schäden aufgrund normaler Abnutzung, Alterung, eigene Mängel des *Gepäcks*;
› Beschädigungen durch Motten oder Ungeziefer oder Reinigung, Reparatur oder Restauration, unsachgemäße Behandlung des *Gepäcks* durch den *Versicherten*;
› Schäden aufgrund von Beschlagnahmung, Pfändung oder Zerstörung auf Anordnung einer Verwaltungsbehörde;
› Wertgegenstände, Schmuck und Pelze;
› Schlüssel und alle anderen ähnlichen Gegenstände (z. B. Magnetkarten oder -ausweise);
› jegliches *Gepäck* und persönliche Gegenstände, die vom *Versicherten* unbeaufsichtigt gelassen werden;
› Mobiltelefone;
› Computerausrüstung, audio-visuelle Geräte, Fotoapparate, Video- oder HIFI-Geräte, die den Transportunternehmen anvertraut wurden;
› Kosten, die durch einen anderen Versicherungsvertrag entschädigt werden können oder die Gegenstand einer dem Versicherten zugesprochenen Entschädigung sind.

Der Assistance-Dienstleister kann unter den nachfolgend genannten Umständen nicht eingreifen:
› er kann nur im Rahmen der von den lokalen Behörden erteilten Genehmigungen tätig werden;
› er kann in keinem Fall an die Stelle der lokalen Rettungsdienste treten oder die dabei anfallenden Kosten übernehmen;
› haftet nicht für Versäumnisse oder Verzögerungen bei der Erfüllung der Verpflichtungen, die auf höhere Gewalt oder Ereignisse wie Bürgerkrieg, Krieg mit einem anderen Staat, Aufruhr, Volksaufstand, Revolution, Streik, Beschlagnahme oder Zwangsmaßnahmen durch die Ordnungskräfte, behördliches Verbot, Piraterie, Explosion eines Sprengkörpers, nukleare oder radioaktive Auswirkungen sowie wetterbedingte Hindernisse zurückzuführen sind;
› nicht verpflichtet, einzugreifen, wenn der *Versicherte* vorsätzlich gegen die geltenden Rechtsvorschriften der Länder verstoßen hat, die er durchreist oder in denen er sich außerhalb des *Landes seiner Staatsangehörigkeit* aufhält.

5.4. *Ausschlüsse* der Privat*haftpflicht*versicherung:

Neben den gemeinsamen *Ausschlüssen* für alle Versicherungen des Vertrags, die unter vorstehenden Absatz 5.1 aufgeführt sind, sind alle Folgen und Konsequenzen der nachfolgenden Punkte aus der Privathaftpflichtversicherung ausgeschlossen:
› Schäden, die sich aus der Ausübung irgendeiner beruflichen Tätigkeit oder aus der Ausübung von Funktionen im Rahmen von Wahlämtern ergeben;
› das Führen von motorisierten oder von Tieren gezogenen Fahrzeugen;
› die Folgen aller materiellen oder körperlichen Schäden, die der *Versicherte* erleidet;
› *Sachschäden*, die durch Brand, Explosion oder Wasserschäden verursacht wurden, die in Gebäuden oder Räumlichkeiten entstanden oder aufgetreten sind, deren Eigentümer oder Mieter der Versicherte ist oder die ihm in irgendeiner Form zur privaten Nutzung zur Verfügung stehen;
› Nachbarschaftsstreitigkeiten;
› Schäden, die durch Asbest (einschließlich Asbestfasern oder -staub), Blei (einschließlich bleihaltiger Partikel), Schimmelpilzgifte oder Pilzkontaminationen und Verschmutzungsschäden in den USA/Kanada verursacht werden;
› Schäden, die bei der Benutzung von Kraft- und Motorfahrzeugen, Segel- oder Motorbooten, Luftfahrzeugen oder Reittieren entstehen, die dem Versicherten oder den Personen, für die er zivilrechtlich haftet, gehören, von ihnen gefahren werden oder in ihrer Obhut sind;

- **_Sachschäden_, die durch Brand, Explosion oder Wasserschäden entstehen, wenn sie sich in den Räumlichkeiten ereignen, deren Eigentümer, Bewohner oder Mieter der _Versicherte_ ist, wobei jedoch solche Schäden gedeckt bleiben, die sich in einem Hotelzimmer ereignen, das der _Versicherte_ (oder sein Arbeitgeber) für eine Dauer von weniger als 30 aufeinanderfolgenden Tagen gemietet hat, und zwar unter der ausdrücklichen Bedingung, dass der Versicherte dort nicht seinen Wohnsitz nimmt;**
- **Nicht aufeinanderfolgende immaterielle Schäden;**
- **alle Folgen von vertraglichen Verpflichtungen, die der _Versicherte_ eingegangen ist, sofern die sich daraus ergebenden Verpflichtungen über die Verpflichtungen hinausgehen, zu denen er nach dem allgemeinen Recht verpflichtet wäre;**
- **Gerichtliche Entschädigungen mit Strafcharakter, die üblicherweise unter der Bezeichnung "Punitive" oder "Exemplary Damages" bekannt sind und allgemein als Entschädigungen definiert werden, die den Ersatz des tatsächlichen Schadens ergänzen und die den Opfern von den Gerichten in den USA oder Kanada zugesprochen werden können, wenn sie der Ansicht sind, dass der Schadensverursacher sich "antisozial" oder "mehr als fahrlässig" verhalten hat oder "in bewusster Verkennung der Folgen";**
- **Folgen, die sich aus jeder neuropsychischen, psychologischen oder psychosomatischen Störung ergeben, aus jeder Manifestation, die eine neuropsychiatrische Behandlung rechtfertigt, und insbesondere aus Nervenzusammenbrüchen oder Angstzuständen.**

Ebenfalls ausgeschlossen sind Schäden:
- **an Gütern, einschließlich Tieren, die von dem _Versicherten_ geführt, verwahrt oder genutzt werden, auch wenn sie ihm im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit anvertraut wurden;**
- **die sich aus einer beruflichen oder vergüteten Tätigkeit des _Versicherten_ sowie aus öffentlichen oder gewerkschaftlichen Ämtern ergeben;**
- **die aus einer nicht _unfall_bedingten Umweltverschmutzung resultieren;**
- **an Gütern, Gegenständen, Produkten oder Tieren, die vom _Versicherten_ verkauft wurden;**
- **durch Pferde oder andere Equiden, durch Hunde der Kategorie 1 oder 2, wie Definition lt. frz. Landwirtschaftsgesetz, sowie durch Wildtiere verursacht werden;**
- **alle finanziellen Folgen der zivilrechtlichen Haftung, die dem _Versicherten_ in seiner Eigenschaft als Arbeitgeber aufgrund eines Arbeits_unfalls_ oder einer Berufs_krankheit_ eines seiner Angestellten in Ausübung seiner Tätigkeit obliegt**
- **Schäden, die sich aus der Personalführung des _Versicherten_ gegenüber seinen Angestellten oder ehemaligen Angestellten, den Einstellungsbewerbern, deren _Anspruchsberechtigten_ und den Sozialpartnern ergeben;**
- **die sich aus den direkten oder indirekten Auswirkungen der Veränderung der Atomkernstruktur, klimatischen Ereignissen wie Stürmen oder Orkanen, Erdbeben, Überschwemmungen, Flutwellen und anderen Wetterereignissen ergeben, außer im Rahmen der Entschädigung für Naturkatastrophen.**

6. _Datum des Inkrafttretens_, Laufzeit und Widerruf des Vertrags

6.1. Wann tritt Ihr Vertrag in Kraft?

Das Datum Ihrer Aufnahme entspricht dem _Datum des Inkrafttretens_ der Leistungen, die _Sie_ auf Ihrem Aufnahmeantrag angegeben haben. Er tritt frühestens am Tag nach Eingang der vollständigen Aufnahmeunterlagen (inkl. Aufnahmeantrag und Gesundheitsfragebogen, jeweils ausgefüllt und unterschrieben von den zu versichernden Personen) unter der aufschiebenden Bedingung der Zahlung des ersten _Beitrages_ in Kraft. Sofern Ihr Aufnahmeantrag eine medizinische Prüfung erfordert, beginnt Ihr Versicherungsvertrag frühestens am Tag der medizinischen Genehmigung durch unsere Ärzte.
Das _Datum des Inkrafttretens_ Ihres Vertrags ist auf der _Versicherungsbescheinigung_ angegeben, die Ihnen in Ihrem passwortgeschützten _Versicherten_portal und auf Ihrer Easy Claim App zur Verfügung gestellt wird.

6.2. Für Ihren Vertrag geltende _Wartezeiten_:

Der Versicherungsschutz ist für alle _Versicherten_ ab dem _Datum des Inkrafttretens_ des Vertrags gültig, unter Vorbehalt der Anwendung folgender _Wartezeiten_ für die Krankenversicherung:
- 3 Monate für zahnärztliche Routinebehandlungen
- 6 Monate für umfassende Zahnbehandlungen und Sehhilfen (Kontaktlinsen, Brillenfassungen- und Gläser und Laserbehandlungen)
- 12 Monate für Schwangerschaft, Gentests und krebsvorbeugende chirurgische Maßnahmen
- 24 Monate für medizinisch unterstützte Reproduktion und Unfruchtbarkeitsbehandlungen.

Alle vor dem _Datum des Inkrafttretens_ des Vertrags, zum Zeitpunkt des Abschlusses einer neuen Option oder während der _Wartezeiten_ getätigten Ausgaben für Behandlungen oder verordnete ärztliche Verfahren sind nicht versichert und begründen keinen Anspruch auf Erstattung.
Wartezeiten können nach Prüfung durch unseren Vertrauensarzt aufgehoben werden (Ausnahme Schwangerschaft), sofern Sie nachweisen können, dass Sie in dem Monat vor dem Datum des Inkrafttretens dieses Vertrags mit einem

Krankenschutz versichert waren, der dem Schutz von MyHealth International zumindest gleichwertig ist.
Diese Aufhebung der *Wartezeiten* unterliegt unserer Genehmigung nach Prüfung der uns zugestellten Löschungsbescheinigung und den entsprechenden Details zu dieser vorherigen Versicherung.

6.3. Vertragslaufzeit und Vertragsverlängerung:

Der vorliegende Versicherungsvertrag gilt für einen Zeitraum von 12 Monaten. Er verlängert sich stillschweigend zu jedem Jahrestag um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine der beiden Parteien zum jeweiligen Jahrestag per Einschreiben mit Rückschein oder per elektronischem Einschreiben unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von zwei Monaten kündigt.
Die zum Zeitpunkt der Verlängerung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Leistungsübersicht gelten für die gesamte Dauer des Versicherungsjahres.
Im Falle einer Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Erstattungssätze werden Sie drei Monate vor dem Jahrestag Ihres Vertrags darüber informiert. *Wir* verpflichten uns, den *Versicherungsnehmer* zwei Monate vor Inkrafttreten über eventuelle *Beitrags*änderungen zu informieren. Sofern Sie Ihren Vertrag nicht innerhalb von dreißig Tagen nach Mitteilung dieser Änderungen kündigen, wird er auf der Grundlage dieser neuen Bedingungen verlängert, unter der aufschiebenden Bedingung, dass die entsprechenden *Beiträge* bezahlt werden.

6.4. Ab wann gelten die Leistungen Ihres Vertrags nicht mehr?

a) im Fall einer Kündigung zum jährlichen Hauptfälligkeitsdatum (Jahrestag des Vertragsabschlusses) durch den *Versicherungsnehmer* mit einer Kündigungsfrist von 60 Tagen;
b) im Fall einer unterjährigen Kündigung durch den *Versicherungsnehmer*, nach Ablauf von 12 Monaten Versicherungslaufzeit. Ihre Kündigung wird 30 Tage nach Eingang der Kündigung wirksam;
c) im Fall einer Kündigung 30 Tage nach Erhalt der neuen jährlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen;

Um sein Recht auf Kündigung auszuüben, kann der *Versicherungsnehmer* seinen Antrag APRIL International Care France wie folgt übermitteln:

- mittels eines einfachen Schreibens oder Einschreiben an folgende Adresse: Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan – FRANKREICH;
- über das Kontaktformular in dem *Versicherten*portal, bei Auswahl der Rubrik "Kündigung beantragen";
- oder per E-Mail an care@april-international.com;

d) bei Nichtzahlung der *Beiträge* (s. Punkt 7.3);
e) bei Kündigung der Vereinbarung des Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer oder die Association des Assurés APRIL (Verband der APRIL-*Versicherten*) am Hauptfälligkeitsdatum des Vertrages (in diesem Fall verpflichtet sich die Vereinigung, jeden *Versicherungsnehmer* darüber zu informieren);
f) sobald *Sie* nicht mehr die Bedingungen als versicherbare Person erfüllen (s. Punkt 3). Die Kündigung erfolgt zum Ende des laufenden Versicherungszeitraums und spätestens innerhalb von 30 Tagen nach Eingang Ihrer Mitteilung, vorbehaltlich des Einganges eines entsprechenden Nachweises;
g) wenn *Sie* sich nicht mehr dauerhaft im Ausland aufhalten nach Vorlage eines entsprechenden offiziellen Nachweises (beispielsweise eine Bescheinigung Ihres Beitritts in die Sozialversicherung des *Landes* Ihrer *Staatsangehörigkeit* oder eine Kopie Ihres neuen Arbeitsvertrages).

Sanktionen bei falschen Angaben

Unabhängig davon, ob es sich um Erklärungen handelt, die bei Vertragsabschluss oder während der Vertragslaufzeit abzugeben sind, führt jedes Verschweigen oder jede vorsätzlich falsche Erklärung, jede Unterlassung oder unrichtige Erklärung bei der Risikomeldung, je nach Fall zur Anwendung der entsprechenden Maßnahmen. Darüber hinaus führen die Auslassung, Verschweigung, falsche Angaben bei der Schadensmeldung, ob vorsätzlich oder nicht, die Auslassung der Meldung anderer kumulativer Versicherungen oder die Verwendung von gefälschten Dokumenten als Belege bzw. die Verwendung betrügerischer Mittel für den *Versicherten* und den *Versicherungsnehmer* zur Verwirkung der Ansprüche auf die Versicherungsleistungen und zur Kündigung des Vertrages.
***Wir* behalten uns das Recht vor, rechtliche Schritte einzuleiten, um den uns entstandenen Schaden zu ersetzen. In diesem Fall müssen *Sie* alle Leistungen zurückzahlen, die Ihnen im Rahmen dieses Vertrages zu Unrecht erstattet wurden.**

6.5. Wie können Sie Ihren Vertrag widerrufen?

Die Unterzeichnung des Aufnahmeantrags ist für den *Versicherungsnehmer* nicht endgültig bindend.

Wenn der *Versicherungsnehmer* den Vertrag im Rahmen eines Haustürgeschäftes abschließt:

Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz, auch auf eigenen Wunsch hin, Gegenstand eines Haustürgeschäfts ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsantrag oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit fällt, hat das Recht, diesen Vertrag innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses per Einschreiben mit Rückschein

ohne Begründung und straffrei zu widerrufen. (…)
Dieses Widerrufsrecht kann der Unterzeichner nicht mehr ausüben, sobald er von einem Schadensfall Kenntnis hat, für den der Versicherungsschutz in Anspruch genommen wird.

Wenn der *Versicherungsnehmer* den Vertrag im Rahmen eines Fernabsatzgeschäftes abgeschlossen hat (telefonisch oder über das Internet):
Der *Versicherungsnehmer* kann seine Versicherungsaufnahme innerhalb einer Frist von 14 Tagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses widerrufen.

Allgemeine Bedingungen für die Ausübung des Widerrufsrechtes:
Zur Ausübung seines Widerrufsrechtes muss uns der *Versicherungsnehmer* seine Entscheidung, seinen Vertrag widerrufen zu wollen, mittels einer eindeutigen Erklärung innerhalb der o. g. Fristen mitteilen.

Dafür ist es ausreichend, das Widerrufsformular auf Seite 33 auszufüllen oder APRIL International Care France einen nach folgender Vorlage verfassten Brief zu schicken:

« Ich, der/die Unterzeichner/in, Herr/Frau ..... (Name, Vorname, Anschrift)
widerrufe hiermit meinen Vertrag „ MyHealth International " Nr. ..... .
Ausgefertigt in ..... am.....
Unterschrift .....»

Im Fall eines Widerrufes kann der *Versicherungsnehmer* nur zur Zahlung des *Beitrages* verpflichtet werden, der dem Zeitraum entspricht, während dem das Risiko bestand, wobei dieser Zeitraum bis zum Datum der Kündigung berechnet wird. *Wir* sind verpflichtet, dem *Versicherungsnehmer* den Restbetrag spätestens innerhalb von dreißig Tagen ab dem Datum der Kündigung zurückzuerstatten.
Allerdings bleibt der gesamte *Beitrag* fällig, sofern der *Versicherungsnehmer* sein Rücktrittsrecht ausübt, während ein *Schadensfall*, der den Versicherungsschutz des Vertrages in Anspruch nimmt, während der Frist zur Ausübung des Widerrufsrechtes eingetreten ist.

7. *Beiträge*

Der Abschluss dieses Vertrages entbindet *Sie* nicht von den *Beiträgen* zu einer gesetzlichen Versicherung, der *Sie* u. U. unterliegen.

7.1. Die Berechnung und die Entwicklung der *Beiträge*

Bei der Aufnahme wird der *Beitrag* auf der Grundlage des Alters jedes *Versicherten* zum *Datum des Inkrafttretens* des Vertrags und des angegebenen *Aufenthaltslandes* berechnet.

Die Höhe des *Beitrags* wird einschließlich aller Steuern angegeben. Jede Änderung des Steuersatzes führt zu einer Änderung der Höhe des *Beitrags*. Dieser Betrag wird in der *Beitrags*rechnung angegeben.

Im Laufe des Jahres kann sich der *Beitrag* je nach Alter jedes *Versicherten* (am Jahrestag des Vertragsabschlusses), dem *Aufenthaltsland*, der Versicherungszone und dem Land der medizinischen Behandlung, dem gewählten Tarif, Leistungen und Optionen, der Währung des Vertrags ändern. **Sie müssen uns jede Änderung Ihrer Situation melden, sobald Sie davon Kenntnis erlangen. Der *Beitrag* kann gegebenenfalls entsprechend Ihrer neuen Situation neu berechnet werden.**
Der *Beitrag* kann sich auch aufgrund der Inflation der medizinischen Tarife und/oder der Entwicklung des medizinischen Verbrauchs der versicherten Gruppe oder anderer Risikofaktoren ändern, die sich auf das wirtschaftliche Gleichgewicht des Versicherungsvertrags auswirken können.

Sollte sich Ihr *Beitrag* im Laufe des Jahres ändern, werden *wir* Sie über die Höhe Ihres neuen *Beitrags* informieren, und Sie haben ab dieser Mitteilung eine Frist von 30 Tagen, um Ihren Vertrag per Einschreiben mit Rückschein oder per elektronischem Einschreiben zu kündigen.
Hinweis: Die Zusammensetzung der versicherten Gruppe berücksichtigt das Beitrittsjahr, das Alter jedes *Versicherten*, die geografische Zone des Aufenthaltes, die Zusammensetzung der versicherten Familie, die Währung und die abgeschlossenen Versicherungsleistungen.

7.2. Die Zahlungsweisen:

Die *Beiträge* sind je nach der vom *Versicherungsnehmer* gewählten Zahlungsweise in € oder in US$ jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich im Voraus zu entrichten, per:

- Kreditkarte
- PayPal

- Banküberweisung (Die Überweisungsgebühren gehen zu Lasten des *Versicherungsnehmers*)
- SEPA-Lastschrift (von einem in der SEPA-Zone in Euro geführten Bankkonto), nicht verfügbar bei Auswahl der Währung in US$

Die monatliche Zahlungsweise ist nur bei Zahlung per SEPA-Lastschrift möglich.

Die bei Vertragsabschluss gewählte Währung bestimmt die Abrechnungswährung Ihres Vertrags, sowohl für die Zahlung Ihrer *Beiträge* als auch für Ihre Erstattungen.

7.3. Was passiert bei Nichtzahlung der *Beiträge*?

Bei Nichtzahlung eines *Beitrages* innerhalb von 60 Tagen nach seiner Fälligkeit senden *wir* dem *Versicherungsnehmer* eine Mahnung auf dem Postweg oder per elektronischem Einschreiben zu. Dieses Mahnschreiben hat die Aussetzung des Versicherungsschutzes zur Folge. Nach einer erneuten Frist von 10 Tagen wird der Vertrag von *uns* rechtmäßig gekündigt. Darüber hinaus können *wir* die Zahlung der restlichen geschuldeten *Beiträge* gerichtlich einklagen. Bei einer Mahnung wegen Nichtzahlung wird der *Beitrag* für das gesamte Jahr sofort fällig, gemäß des französischen Versicherungsgesetzbuches.

Wir informieren *Sie* darüber, dass durch Nichtzahlung und Kündigung des Vertrages wegen Nichtzahlung keine Tilgung der Schuld eintritt. *Wir* werden alles unternehmen, um die Zahlung der ausstehenden *Beiträge* zu erhalten und können dazu auf ein Unternehmen zurückgreifen, das auf die weltweite Eintreibung offener Rechnungsbeträge im Ausland spezialisiert ist. Die Zuschläge der Verwaltungskosten im Zusammenhang mit unseren Vorgängen bzw. denen unserer Dienstleister gehen zu Lasten des *Versicherungsnehmers*.

8. Änderungen Ihres Vertrags

8.1. Wie können *Sie* Ihren Vertrag ändern?

Der *Versicherungsnehmer* kann während der Vertragslaufzeit die Versicherungszone, die Versicherungsleistungen, den Tarif, die Währung und die ursprünglich gewählten Optionen unter den nachstehend vorgesehenen Bedingungen ändern.
Dieser Antrag kann dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden, und der *Versicherte* sowie die versicherten Familienmitglieder können neuen, im Vertrag vorgesehenen medizinischen Formalitäten unterzogen werden:

- Im Falle einer Änderung der Höhe des jährlichen Selbstbehalts, des *prozentualen Erstattungshöhe* (70 % – 80 % – 90 % – 100 %) oder der Vertragswährung
  - tritt die Änderung vorbehaltlich der Zustimmung des Versicherers zum nächsten Jahrestag des Vertragsabschlusses in Kraft.
- Im Falle einer Änderung der Leistungen, der Zonen oder des Tarifs:
  - tritt die Änderung vorbehaltlich der Zustimmung des Versicherers frühestens zum Ende des laufenden Zeitraums nach Eingang des Änderungsantrags in Kraft.
  - Die Erhöhung der Versicherungsleistungen oder des Tarifs sowie der Wechsel von einer Versicherungszone in eine höhere Zone gilt für eine Mindestlaufzeit von 12 aufeinanderfolgenden Monaten.
  - Der Wechsel zu einem Tarif mit niedrigeren Erstattungsbeträgen ist erst nach einer Mindestlaufzeit von 12 aufeinanderfolgenden Monaten im vorherigen Tarif möglich (außer bei einer Änderung der familiären Situation oder bei einem Wechsel des Aufenthaltslandes)
  - Die Pauschalen (Zahnbehandlung, Sehhilfen […]) sind bei einem Wechsel des Krankenversicherungstarifs während der Vertragslaufzeit nicht kumulierbar.

8.2. Welche Informationen müssen Sie uns mitteilen?

Der *Versicherte* und der *Versicherungsnehmer* müssen uns schriftlich über jede Änderung ihres Status, ihrer Situation, ihres *Aufenthaltslandes*, ihrer Kontaktdaten **(andernfalls gelten Mitteilungen, die an die zuletzt bekannten Kontaktdaten gerichtet worden sind, als zugestellt)** sowie über die Änderung ihrer beruflichen Tätigkeit oder die Einstellung derselben informieren. Diese Änderungen können sich auf den *Beitrag* auswirken.

9. Allgemeine Bestimmungen

9.1. Wer versichert Ihren Vertrag?

Es wurde von der Association des Assurés APRIL (Verein gemäß frz. Gesetz von 1901, 12 rue Juliette Récamier - 69452 LYON Cedex 06 FRANKREICH, dessen Ziel es ist, jede Art von Versicherungsverträgen zugunsten seiner *Versicherungsnehmer* zu erarbeiten, abzuschließen und zu fördern, deren internationale Solidarität untereinander zu stärken, ihnen adäquate Informations- und Verwaltungsmittel zur Verfügung zu stellen und ihre Vertretung bei jeder Versicherungsgesellschaft sicherzustellen, und dessen Satzung im Anhang dieses Dokumentes verfügbar ist) folgende Vereinbarungen getroffen:

- **für die Krankenversicherung:**
  Gruppenversicherungsvereinbarungen mit freiwilliger Versicherungsaufnahme mit Groupama Gan Vie (Krankenversicherungsvereinbarungen 329/200468/00010, 219/200467/00010, 329/200468/55555, 219/200467/55555), Aktiengesellschaft mit einem Kapital von 1 371 100 605 € (vollständig eingezahlt), eingetragen im Handelsregister Paris unter der Nummer 340 427 616 (Code APE: 6511Z), geschäftsansässig in 8-10, Rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANKREICH;
- **für die Assistance- und die Privathaftpflichtversicherung:**
  Gruppen-Assistance-Vereinbarungen mit freiwilliger Versicherungsaufnahme mit Chubb European Group SE (Vereinbarungen FRBOTA73507, FRBOTA73508, FRBOTA73509 et FRBOTA73510), einem Unternehmen mit einem Kapital von 896.176.662 Euro, das dem frz. Versicherungsrecht unterliegt. Firmensitz: La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANKREICH, eingetragen im Handelsregister von Nanterre unter der Nummer 450 327 374. (Code APE: 660E).

9.2. Gesetzlicher Rahmen

Die für die Aufsicht über die Versicherungsträger für alle Versicherungsleistungen zuständige Behörde ist die Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), mit Sitz in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANKREICH. APRIL International Care France unterliegt der Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) mit Sitz in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANKREICH. Die Aufnahme in den Versicherungsvertrag MyHealth International besteht aus dem Aufnahmeantrag, den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der *Versicherungsbescheinigung*. Sie unterliegt der französischen Gesetzgebung und insbesondere dem französischen Versicherungsgesetzbuch.
Die Versicherungsleistungen des vorliegenden Vertrages werden automatisch an die gesetzlichen und regulatorischen Entwicklungen angepasst, die für Verträge nach französischem Recht gelten.

9.3. Verjährung

Jede Klage, die aus dieser Versicherungsaufnahme abgeleitet wird, ist nach Ablauf von zwei (2) Jahren ab dem Ereignis, das sie hervorgerufen hat, unzulässig, gemäß den folgenden Bestimmungen:

1. Bei Anzeigepflichtverletzung, Unterlassung, falschen oder ungenauen Angaben über das eingegangene Risiko erst ab dem Tag, an dem der Versicherer davon Kenntnis erlangt hat;

2. Im *Schadensfall* erst ab dem Tag, an dem die Betroffenen davon Kenntnis erhalten haben, wenn sie beweisen, dass sie bis dahin nichts davon gewusst haben.
Wenn die Klage des *Versicherten* gegen den Versicherer auf dem Rückgriff eines Dritten beruht, beginnt die Verjährungsfrist erst mit dem Tag, an dem der Dritte den *Versicherten* gerichtlich in Anspruch genommen hat oder von ihm entschädigt worden ist.
Die Verjährung wird durch einen der gewöhnlichen Gründe für die Unterbrechung der Verjährung und durch die Bestellung von Sachverständigen nach einem *Schadensfall* unterbrochen. Die Unterbrechung der Verjährung des Anspruchs kann sich außerdem aus der Versendung eines Einschreibens oder eines elektronischen Einschreibens mit Empfangsbestätigung ergeben, dass hinsichtlich der Klage auf Zahlung der Prämie vom Versicherer an den *Versicherten* und hinsichtlich der Klage auf Zahlung der Entschädigung vom *Versicherten* an den Versicherer gerichtet ist.
Die Parteien des Versicherungsvertrags können selbst im gegenseitigen Einvernehmen weder die Dauer der Verjährungsfrist ändern noch Gründe für deren Aussetzung oder Unterbrechung hinzufügen.
Die im Zivilgesetzbuch vorgesehenen gewöhnlichen Ursachen für die Unterbrechung der Verjährung sind:

- **die Anerkennung des Rechts desjenigen, gegen den er verjährte, durch den Schuldner;**
- **die gerichtliche Klage;**
- **eine Sicherungsmaßnahme, die in Anwendung der Zivilprozessordnung ergriffen wurde, oder eine Zwangsvollstreckungshandlung;**
- **die Aufforderung an einen der Gesamtschuldner durch eine Klage oder eine Zwangsvollstreckungshandlung oder die Anerkennung des Rechts desjenigen, gegen den er verjährt ist, durch den Schuldner;**

› **die Aufforderung an den Hauptschuldner oder seine Anerkennung für die auf Bürgen anwendbaren Verjährungsfälle.**

9.4. Forderungsübergang

Es wird festgelegt, dass der Versicherer nicht auf die Rechte und Maßnahmen verzichtet, die er gemäß in Bezug auf den Forderungsanspruch hat, den er gegenüber dem haftpflichtigen Dritten ausüben kann.
Wenn *Sie* Opfer eines Verkehrs*unfalls* sind (an dem ein Kraftfahrzeug beteiligt ist), müssen *Sie* dem Versicherer des *Unfall*verursachers, der ihn auffordert, den Namen des Krankenversicherers als Drittzahler mitteilen, andernfalls verfällt der Anspruch.

9.5. Kontrolle

Der Versicherer behält sich das Recht vor, von Ihnen zu verlangen, dass *Sie* ihm die zur genauen Beurteilung der Leistungen erforderlichen Belege vorlegen, insbesondere durch Vorlage von ärztlichen Bescheinigungen, Operationsberichten und/oder eines Gegengutachtens des Arztes des Versicherers.

9.6. Beschwerde – Vermittlung

Die Qualität unserer Dienstleistungen steht im Mittelpunkt unserer Verpflichtungen, aber wenn *Sie* dennoch eine Beschwerde bezüglich der von unserer Gesellschaft erbrachten Dienstleistungen einreichen möchten, können *Sie* sich an Ihren üblichen Ansprechpartner wenden:

› APRIL International Care France - Service Courrier - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan – FRANKREICH
› Unsere Büros: APRIL International Care France - 14, rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANKREICH
› E-Mail: reclamation.expat@april-international.com

Bearbeitungsfristen: eine datierte Kopie Ihrer Beschwerde wird Ihnen ausgehändigt. *Sie* erhalten innerhalb von 10 Arbeitstagen nach dem Versanddatum Ihrer Beschwerde eine Empfangsbestätigung. Eine Antwort erhalten *Sie* innerhalb von 2 Monaten.

Anrufung des Ombudsmanns: Wenn *Sie* mit der Antwort nicht zufrieden sind oder 2 Monate nach dem Versand Ihrer ersten schriftlichen Beschwerde, können *Sie* sich unter folgender Adresse an den zuständigen Ombudsmann wenden:

› La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANKREICH,
› E-Mail: le.mediateur@mediation-assurance.org

Wenn der Beitritt zum Vertrag per Fernabsatz über das Internet erfolgte, können *Sie* sich auch an den zuständigen Ombudsmann wenden, indem *Sie* eine Beschwerde auf der Plattform der Europäischen Kommission zur Beilegung von Streitigkeiten einreichen, die unter folgender Adresse zugänglich ist:

› http://ec.europa.eu/consumers/odr/

Wir weisen *Sie* darauf hin, dass die für die Bearbeitung Ihrer Beschwerde gesammelten Daten von unserer Gesellschaft zum Zwecke der Nachverfolgung der Beschwerdebearbeitung elektronisch verarbeitet werden und nur dem Versicherer, seinen Rückversicherern und der APRIL-Holding sowie unseren Partnerdienstleistern für die Umsetzung Ihre Versicherungsleistungen mitgeteilt werden können. Die gesammelten Informationen sind für die Registrierung, Verwaltung und Durchführung der Mitgliedschaften durch APRIL International Care France, die Versicherer oder ihre Bevollmächtigten unerlässlich. *Sie* haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Widerspruch und Löschung der *Sie* betreffenden Daten (siehe Artikel 9.7)

9.7. Gesetz zur elektronischen Datenverarbeitung und Informationsfreiheit

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung sind *wir* dazu veranlasst, personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben. Informationen über die Datenverarbeitung und die Ausübung *Ihrer* Rechte in Bezug auf diese Daten finden *Sie* in dem "Informationsblatt - Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten", das Ihnen zur Verfügung gestellt wurde. Dieses Dokument können *Sie* auch bei unseren Beratern anfordern und auf unserer Website www.april-international.com herunterladen.

Wenn *Sie* Ihren Antrag widerrufen möchten, können *Sie* das folgende abtrennbare Formular verwenden und an
APRIL International Care France – Postabteilung - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan – FRANKREICH senden

WIDERRUF

Artikel L.112-9 des französischen Versicherungsgesetzes

Artikel L.112-9: „Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz, im Falle eines Fernabsatzes per Telefon oder Internet, auch auf ihre Bitte hin, Gegenstand eines Haustürgeschäfts ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsantrag oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit fällt, hat das Recht, diesen Vertrag innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses per Einschreiben mit Rückschein ohne Begründung und straffrei zu widerrufen."

Bedingungen: Wenn *Sie* Ihre Versicherungsaufnahme widerrufen möchten, füllen *Sie* dieses abtrennbare Formular aus und schicken *Sie* es unterschrieben per Einschreiben mit Rückschein an die oben angegebene Adresse. Versenden *Sie* es spätestens innerhalb von 14 Tagen ab dem Tag nach dem Vertragsabschluss oder, wenn diese Frist normalerweise an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag endet, am ersten darauffolgenden Werktag.

Ich, der/die Unterzeichner/in, widerrufe den nachfolgend genannten Aufnahmeantrag:

Name des Vertrags: **MyHealth International Ref. NMHI26**

Vertragsnummer: .....
Kundennummer: .....
Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrags: .....
Name des *Versicherungsnehmers*: .....
Vorname des *Versicherungsnehmers*: .....
Geburtsdatum des *Versicherungsnehmers*: .....
Anschrift des *Versicherungsnehmers:* .....
Postleitzahl: ..... Stadt: ..... Land: .....
Telefonnummer: .....
Name des Versicherungsberaters: .....
Anschrift des Versicherungsberaters: .....
Postleitzahl: ..... Stadt: ..... Land: .....
Telefonnummer: .....

Datum und Unterschrift
des *Versicherungsnehmers*

Alle Marken, Logos, grafischen Darstellungen und Verkaufsargumente von APRIL International Care France, die in diesem Dokument enthalten sind, sind eingetragen und Eigentum von APRIL International Care France. Jede teilweise oder vollständige Vervielfältigung dieser Elemente und Texte jeglicher Art ist verboten und wird strafrechtlich verfolgt. Oktober 2026.

APRIL International Care France
14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKREICH
www.april-international.com
S.A.S. (frz. Vereinfachte Aktiengesellschaft) mit einem Kapital von 200.000 €
Handelsregister Paris 309 707 72 - Versicherungsvermittler
Eingetragen im ORIAS-Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 (www.orias.fr)
ACPR (Aufsichts- und Kontrollbehörde) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 – FRANKREICH

April International
VERSICHERUNG LEICHT GEMACHT

Auszug aus der Satzung der Association des Assures APRIL

Die vollständige Satzung und die Geschäftsordnung können im Internet unter folgendem Link eingesehen werden.

Aktualisiert am 17. April 2018

Artikel 2. Zweck

Der Zweck dieses Vereins ist:

- die Untersuchung, Erforschung, Zeichnung und Entwicklung aller Arten von Versicherungs-, Assistance- und Dienstleistungsprodukten, insbesondere in den Bereichen Vorsorge, Gesundheit und Altersvorsorge, mit dem Ziel, für seine Mitglieder den Abschluss von Zusatz- oder Ergänzungsversicherungen oder Versicherungen ab dem ersten Euro zu optimieren, die bei Bedarf zusätzlich zu den aus den Pflichtversicherungen resultierenden Leistungen zum Tragen kommen, insbesondere durch den Abschluss von Gruppenversicherungsverträgen mit freiwilliger oder obligatorischer Mitgliedschaft;
- seine Mitglieder für die wesentlichen Themen der Prävention zu sensibilisieren, damit sie einerseits ihre Gesundheit erhalten und andererseits von den Versicherungsgesellschaften Vorzugskonditionen erhalten können, die das verantwortungsbewusste Verhalten seiner Mitglieder im Bereich der Gesundheit berücksichtigen;
- statistische Studien und Analysen zum Alltagsverhalten seiner Mitglieder im Bereich der sozialen Sicherheit durchzuführen;
- Maßnahmen zur Prävention, Unterstützung, Begleitung und Hilfe für die Versicherten durch einen Solidaritätsfonds einzurichten.

Artikel 5. Zusammensetzung

Der Verein setzt sich aus Mitgliedern zusammen, die sich unterscheiden in:

- Mitglieder;
- Mitglieder, die als Selbstständige tätig sind;
- Kollektivmitglieder sind Unternehmen, Organisationen oder andere juristische Personen, die im Namen ihrer Mitarbeiter eine der vom Verband abgeschlossenen Vereinbarungen unterzeichnet haben.

Um Mitglied des Vereins zu werden, muss man im Rahmen einer der vom Verein abgeschlossenen Vereinbarungen zur Versicherung zugelassen sein und seinen Mitgliedsbeitrag ordnungsgemäß entrichtet haben.

Die Mitgliedschaft wird ab dem Datum des Eingangs des Beitrittsantrags und der Zahlung des Mitgliedsbeitrags wirksam, vorbehaltlich der Annahme des Beitritts zur Versicherungsvereinbarung durch den Versicherungsträger. Wird die Mitgliedschaft nicht akzeptiert, wird der Mitgliedsbeitrag spätestens innerhalb von dreißig Tagen nach Mitteilung der Ablehnung durch den Versicherungsträger zurückerstattet.

Auf Beschluss des Verwaltungsrats sind ebenfalls Mitglieder, jedoch ohne Stimmrecht:

- natürliche oder juristische Personen, die dem Verein besondere Dienste leisten oder geleistet haben, sogenannte Ehrenmitglieder oder Ehrenmitglieder;
- natürliche oder juristische Personen, die dem Verein eine Spende oder ein Vermächtnis zukommen lassen, sogenannte Fördermitglieder.

Artikel 6. Verlust der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft erlischt:

- durch Tod, Verschwinden oder Abwesenheit bei natürlichen Personen;
- durch Liquidation oder einvernehmliche oder gerichtliche Auflösung bei juristischen Personen;
- durch Ausschluss durch den Verwaltungsrat wegen Verstößen gegen diese Satzung oder wenn sich das Verhalten als den finanziellen und moralischen Interessen des Vereins zuwiderlaufend erwiesen hat;
- durch Verlust der Versichertenstellung in einer der vom Verein abgeschlossenen Vereinbarungen (Kündigung, Streichung, Verzicht);
- durch eine an den Präsidenten am Sitz des Vereins gerichtete Kündigung per Einschreiben mit Rückschein. Diesem Schreiben ist eine Kopie des Schreibens beizufügen, das von der Verwaltungsstelle des Vertrags/der Verträge ausgestellt wurde und dessen/deren Kündigung bestätigt; diese Kündigungen müssen den Bedingungen entsprechen, die in den Informationsblättern, die als allgemeine Geschäftsbedingungen des Vertrags/der Verträge gelten, festgelegt sind.

In jedem Fall verbleibt der für das Jahr des Verlusts der Mitgliedschaft gegebenenfalls fällige Beitrag beim Verein.

Artikel 8. Gegenüber den Mitgliedern geltende Bestimmungen

Jede Mitgliedschaft im Verein erfolgt im Rahmen von Versicherungsverträgen, die zwischen dem Verein und Versicherungsgesellschaften abgeschlossen werden. Der Inhalt dieser Verträge, in denen insbesondere die Bedingungen und Folgen einer Kündigung der Verträge durch den Verein oder die Versicherungsgesellschaft aufgeführt sind, wird den Mitgliedern bei ihrem Beitritt zum Verein und zum Vertrag in Form einer Informationsbroschüre, die als Allgemeine Geschäftsbedingungen gilt, ausgehändigt.

Artikel 9. Mittel des Vereins

Die Mittel des Vereins setzen sich zusammen aus:

- den Beiträgen seiner Mitglieder;
- den Erträgen aus seinem Vermögen;
- den Beträgen, die als Gegenleistung für die vom Verein erbrachten Leistungen erhoben werden;
- gesetzlich genehmigten Subventionen oder Zahlungen;
- allen anderen gesetzlich nicht verbotenen Mitteln.

Artikel 11. Solidaritätsfonds

Es wird ein Solidaritätsfonds eingerichtet, der zur Finanzierung von Maßnahmen zur Unterstützung, Begleitung und Hilfe für die Mitglieder bestimmt ist.

Die Höhe der jährlichen Zuwendung aus dem Solidaritätsfonds wird vom Verwaltungsrat festgelegt, der auch die Leitlinien, Aufgaben und Funktionsweise des Fonds bestimmt.

Die verschiedenen Solidaritätsaktionen des Vereins sowie die Bedingungen für den Zugang und die Zuteilung sind in der Geschäftsordnung festgelegt.

Artikel 13. Generalversammlungen

1. Generalversammlungen

1.1 Ordentliche Generalversammlung

Mindestens einmal im Jahr werden die Mitglieder unter den nachstehend genannten Bedingungen zu einer ordentlichen Generalversammlung einberufen.

Die ordentliche Generalversammlung hört:

- den vom Verwaltungsrat erstellten Geschäftsbericht, der insbesondere die Funktionsweise der vom Verein abgeschlossenen Versicherungsverträge betrifft. Dieser Bericht wird den Mitgliedern auf Anfrage zur Verfügung gestellt;
- die Berichte des Wirtschaftsprüfers;
- der Rechenschaftsbericht;
- der Finanzbericht.

Die ordentliche Generalversammlung genehmigt nach Beratung und Beschlussfassung über die verschiedenen Berichte den Jahresabschluss (Kalenderjahr) und beschließt über alle anderen Tagesordnungspunkte.

Sie sorgt für die Erneuerung der Mitglieder des Verwaltungsrats gemäß den Bestimmungen in Artikel 12 dieser Satzung.

1.2 Außerordentliche Generalversammlung

Sie wird unter den nachstehend festgelegten Bedingungen einberufen.

Die außerordentliche Generalversammlung entscheidet über Fragen, die in ihre alleinige Zuständigkeit fallen: Änderungen der Satzung, Fusionen oder Auflösungen.

2. Einberufung

2.1 Einberufung der ordentlichen und außerordentlichen Generalversammlung

Die Mitglieder des Vereins gemäß Artikel 5, die zum Zeitpunkt der Einberufung Mitglied sind und ihren Mitgliedsbeitrag ordnungsgemäß entrichtet haben, kommen mindestens einmal jährlich zu einer ordentlichen Generalversammlung und bei Bedarf zu einer außerordentlichen Generalversammlung zusammen. Die Mitglieder des Vereins gemäß Artikel 5, die zum Zeitpunkt der Einberufung Mitglied sind und ihren Mitgliedsbeitrag ordnungsgemäß entrichtet haben, kommen mindestens einmal jährlich zu einer ordentlichen Mitgliederversammlung und bei Bedarf zu einer außerordentlichen Mitgliederversammlung zusammen.

Die ordentlichen und außerordentlichen Generalversammlungen setzen sich aus allen Mitgliedern des Vereins zusammen, die ihren Mitgliedsbeitrag ordnungsgemäß entrichtet haben.

Die Einberufung erfolgt namentlich und wird nach Wahl des Verwaltungsrats gültig vorgenommen:

- entweder per Brief oder E-Mail, der mindestens sechzig Kalendertage vor dem Datum der Generalversammlung versandt wird;
- oder durch Bekanntgabe in einer an alle Mitglieder gerichteten Veröffentlichung.

Die Generalversammlungen werden auf Einberufung des Präsidenten des Vereins oder, im Falle von außerordentlichen Generalversammlungen, auf Antrag von mindestens 10 % der Mitglieder einberufen. Im letzteren Fall müssen die Einladungen zur außerordentlichen Generalversammlung innerhalb von acht Tagen nach Einreichung des Antrags versandt werden, und die außerordentliche Generalversammlung muss innerhalb von dreißig Tagen nach Versand dieser Einladungen stattfinden.

Die Einladungen müssen zwingend das Datum, die Uhrzeit, den Ort und die vom Verwaltungsrat festgelegte Tagesordnung enthalten.

Ebenfalls auf die Tagesordnung gesetzt werden die von mindestens hundert Mitgliedern unterzeichneten Beschlussanträge, sofern sie dem Präsidenten des Vereins mindestens fünfundvierzig Tage vor dem für die Generalversammlung festgelegten Termin per Einschreiben zugestellt wurden.

Es sind nur Beschlüsse der Generalversammlung zu den auf ihrer Tagesordnung stehenden Punkten gültig.

Darüber hinaus muss in den Einladungen darauf hingewiesen werden, dass sie bei Nichtbeschlussfähigkeit als Einladungen zu einer zweiten Generalversammlung gelten.

3. Stimmrecht

3.1 Stimmrecht bei ordentlichen und außerordentlichen Generalversammlungen

Jedes Mitglied hat ein Stimmrecht und eine Stimme in der ordentlichen und außerordentlichen Generalversammlung.

Mitglieder, die juristische Personen sind, werden durch ihren gesetzlichen Vertreter vertreten.

Jedes Mitglied, das eine natürliche Person ist, hat das Recht, ein anderes Mitglied oder dessen

Ehepartner zu bevollmächtigen. Ein einzelnes Mitglied kann nicht über mehr als 5 % der Stimmrechte verfügen. Die erteilte Vollmacht gilt für eine einzige Generalversammlung oder für zwei, wenn bei der ersten Einberufung die Beschlussfähigkeit nicht erreicht wird oder wenn zwei Versammlungen – eine ordentliche und eine außerordentliche – am selben Tag stattfinden.

Blanko-Vollmachten, die an den Verein zurückgesandt werden, werden dem Präsidenten oder seinem Beauftragten im Verwaltungsrat übertragen und berechtigen zur Abstimmung über die Annahme der vom Verwaltungsrat vorgelegten oder genehmigten Beschlussvorlagen.

3.1.1 Ordentliche Generalversammlung

Die Beschlüsse der ordentlichen Generalversammlung werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

Alle Beschlüsse werden durch Handzeichen gefasst. Wenn jedoch mindestens ein Viertel der anwesenden Mitglieder dies beantragt, wird geheim abgestimmt.

Für die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrats ist eine geheime Abstimmung obligatorisch.

3.1.2 Außerordentliche Generalversammlung

Beschlüsse werden zwingend mit einer Zweidrittelmehrheit der anwesenden oder vertretenen Mitglieder gefasst.

Beschlüsse müssen mit einer Zweidrittelmehrheit der anwesenden oder vertretenen Mitglieder gefasst werden.

4. Durchführung der Versammlungen

Den Vorsitz der Versammlungen führt der Präsident des Vereins, der seine Aufgaben an den Vizepräsidenten und, falls dieser verhindert ist, an ein anderes Vorstandsmitglied delegieren kann.

Die Beratungen werden in einem speziellen Register protokolliert und vom Präsidenten und vom Sekretär unterzeichnet. Die Protokolle können am Sitz des Vereins eingesehen werden.

Es wird eine vom Präsidenten und vom Sekretär beglaubigte Anwesenheitsliste geführt.

Im Rahmen der ihnen durch diese Satzung übertragenen Befugnisse sind alle betroffenen Mitglieder, einschließlich der abwesenden, an die Beschlüsse der Versammlungen gebunden.

4.1 Abhaltung von ordentlichen und außerordentlichen Generalversammlungen

Die ordentliche und außerordentliche Generalversammlung ist nur beschlussfähig, wenn mindestens tausend Mitglieder anwesend oder vertreten sind. Wenn bei der ersten Einberufung die Generalversammlung dieses Quorum nicht erreicht hat, wird eine zweite Generalversammlung einberufen. Diese ist unabhängig von der Anzahl der anwesenden oder vertretenen Mitglieder beschlussfähig.

Ist die Beschlussfähigkeit nicht gegeben, kann die zweite Generalversammlung im Anschluss an die erste mit derselben Tagesordnung stattfinden.

Auf Beschluss des Präsidenten können ordentliche und außerordentliche Generalversammlungen aus der Ferne abgehalten werden und zu einer elektronischen Abstimmung führen.

Für unsere Verwaltungsaufgaben fallen folgende Kosten an:

- Für einen Nachtrag: 10 €
- Für eine abgelehnte Lastschrift: 10 €
- Für die Leistungsaufstellung mit monatlicher Zahlung per Lastschrift: 0 €
- Für die Wiederaufnahme eines Vertrags nach Kündigung: 10 €
- Für eine Mahnung wegen Nichtzahlung: 25 €
- Für die Leistungsaufstellung bei Zahlung per Scheck: 0,76 € pro Scheck

Diese Gebühren können sich ändern. Diese Informationen finden Sie in Ihrem praktischen Leitfaden, der in Ihrem APRIL-Versichertenbereich verfügbar ist.

Alle Marken, Logos, grafischen Darstellungen und Verkaufsargumente von APRIL International Care France, die in diesem Dokument enthalten sind, sind eingetragen und Eigentum von APRIL International Care France. Jede teilweise oder vollständige Vervielfältigung dieser Elemente und Texte jeglicher Art ist verboten und wird strafrechtlich verfolgt. September 2025.

APRIL International Care France
14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKREICH
www.april-international.com
S.A.S. (frz. Vereinfachte Aktiengesellschaft) mit einem Kapital von 200.000 € Handelsregister Paris 309 707 72 – Versicherungsvermittler -
Eingetragen im ORIAS-Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) (Aufsichts- und Kontrollbehörde) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANKREICH