

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Gruppenpolice der internationalen
privaten Krankenversicherung für Einzelpersonen

VYV International Benefits
im Namen und im Auftrag von
MGEN Portugal



Inhalt

1. ALLGEMEINE BEDINGUNGEN	3
Inkrafttreten, Laufzeit und Jahrestag des Vertragsbeginns	3
Prämientarife	3
Erfüllung der Voraussetzungen für den Versicherungsschutz	4
Geografische Geltungsbereiche	4
Vertragsverwalter	5
Änderungen der Mitgliedsbescheinigung	5
Leistungen	5
Leistungsbetrag	5
Vorherige Anzeige	6
Geltendmachung eines Anspruchs	6
Bewertung der Ansprüche	7
Begrenzung auf tatsächliche Kosten	7
Zahlung mit der Karte	7
Erstattung versicherter Kosten	8
Währung	8
Verjährung	8
Ansprüche gegen Dritte	8
Vorvertragliche Anzeigepflicht	9
Folgen der Nichterfüllung einer Verpflichtung	9
Mitteilungen	9
Widerruf des Antrags auf Mitgliedschaft/„Widerrufsfrist“	9
Kündigung oder Aussetzung des Versicherungsschutzes	10
Prämienzahlung	11
Nichtzahlung	11
Beschwerden	11
Ausschlüsse	12
Geltendes Recht	13
2. BEGRIFFSBESTIMMUNG	14
3. LEISTUNGSTABELLEN	19
4. DATENSCHUTZERKLÄRUNG DES VERSICHERERS	31
5. FOLGEN DER NICHTERFÜLLUNG DER ANZEIGEPFLICHT GEMÄSS § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ	43
6. WIDERRUFSBELEHRUNG	45
7. GEOGRAFISCHE GELTUNGSBEREICHE	47
KONTAKT	48

1. Allgemeine Bedingungen

In diesem Dokument werden die allgemeinen Bedingungen des für Hauptmitglieder und andere versicherte Personen durch die **Association for Insurance Coverage** („Association“) zur Verfügung stehenden Versicherungsschutzes mit Erstattung der Kosten für medizinische Behandlungen und damit verbundene Aufwendungen entsprechend den im Folgenden genannten allgemeinen Bedingungen festgelegt („Police“).

Der Versicherungsschutz wird definiert durch:

- die vorliegenden allgemeinen Bedingungen und folgenden Kapitel, einschließlich der Mitgliedsbescheinigung („Mitgliedsbescheinigung“),
- ggf. ein Versicherungsheft und
- eine Datenschutzerklärung,

die alle Bestandteil der Police sind.

Alle in dieser Police verwendeten Begriffe werden in 2. „Begriffsbestimmungen“ oder im Dokumententext selbst definiert.

INKRAFTTRETEN, LAUFZEIT UND JAHRESTAG DES VERTRAGSBEGINNS

Der Versicherungsschutz gemäß dieser Police tritt an dem in der Mitgliedsbescheinigung genannten Datum in Kraft („Inkrafttreten der Police“). Der Jahrestag des Versicherungsbeginns („Jahrestag des Versicherungsbeginns“) fällt jeweils auf den Jahrestag des Inkrafttretens der Police.

Der Versicherungsschutz gemäß dieser Police läuft weiter, sofern er nicht anderweitig gekündigt wurde, vorausgesetzt, dass das Hauptmitglied und andere versicherte Personen weiterhin die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz erfüllen, (ii) die Rahmenpolice zwischen dem Versicherer und der Association nicht gekündigt worden ist, (iii) das Hauptmitglied den Änderungen von Tarifen oder Bedingungen zustimmt, die in einer von der Association (die auch im Namen des Versicherers handelt) dem Hauptmitglied spätestens 3 (drei) Monate vor dem Jahrestag des Versicherungsbeginns zugestellten Anforderung beschrieben sind und ab dem Jahrestag des Versicherungsbeginns gelten sollen, sofern die Police nicht anderweitig durch die Association (die auch im Namen des Versicherers handelt) oder das Hauptmitglied gekündigt wurde.

Der Versicherungsschutz für die in den Versicherungsschutz des Hauptmitglieds einbezogenen Personen gemäß der Police wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem diese Personen in den Versicherungsschutz des Hauptmitglieds aufgenommen werden, oder danach, sobald die betreffenden Personen die erforderlichen Voraussetzungen erfüllen.

Die Versicherung läuft ab dem Datum, an dem das Hauptmitglied und die anderen versicherten Personen der Versicherung beitreten, sofern hierin nichts anderes angegeben ist und wie hierin angegeben.

PRÄMIENTARIFE

Die Prämientarife für die Police werden nach dem Alter, den Leistungen und dem geografischen Geltungsbereich/Bestimmungsland jedes Hauptmitglieds und jeder versicherten Person festgelegt. Außerdem kann vor Annahme des Antrags und Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung auf der Grundlage der in dem Antragsformular beantworteten Gesundheitsfragen zusätzlich zu der Prämie ein Risikozuschlag erhoben werden.

Die Prämientarife können sich entsprechend dem Alter des Hauptmitglieds und der anderen versicherten Personen an jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns auf der Grundlage der zum Zeitpunkt des Antrags erstellten, nach Alter gestaffelten Tariftabelle ändern.

Außerdem behält sich der Versicherer das Recht vor, die Prämie und/oder die Versicherungsbedingungen im Falle von Änderungen von Rechtsvorschriften, technischen Ergebnissen oder Steigerungen externer Kosten im Zusammenhang mit den gemäß dieser Police erbrachten Leistungen sowie aus anderen Gründen zu gegebener Zeit anzupassen. Alle derartigen Änderungen der Prämie und/oder der Versicherungsbedingungen werden frühestens am nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns wirksam; zu diesem Zeitpunkt kann das Hauptmitglied entscheiden, ob es den Versicherungsschutz zu den neuen Bedingungen fortsetzen möchte.

Der Vertragsverwalter informiert das Hauptmitglied im Namen des Versicherers spätestens 2 (zwei) Monate vor dem Wirksamwerden über jede Änderung der Prämie und/oder der Versicherungsbedingungen. Die Änderung der Prämie und/oder der Versicherungsbedingungen wird ab dem nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns nach Mitteilung an das Hauptmitglied wirksam.

Das Hauptmitglied ist jedoch weiterhin berechtigt, innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Mitteilung einer Änderung der Prämien und/oder der Versicherungsbedingungen die Kündigung der Mitgliedschaft in der Association zu verlangen.

Die Prämie wird in EURO oder USD angegeben. Durch diese Police sind das Hauptmitglied und die anderen in der Mitgliedsbescheinigung genannten versicherten Personen entsprechend den in dieser Police enthaltenen Begriffsbestimmungen versichert.

ERFÜLLUNG DER VORAUSSETZUNGEN FÜR DEN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Der Versicherungsschutz gemäß dieser Police umfasst das Hauptmitglied und andere versicherte Personen, die in dieser Police bestimmt und in der Mitgliedsbescheinigung aufgeführt sind. Zweck dieser Police ist es, Hauptmitgliedern und ihren berechtigten Familienangehörigen, die außerhalb ihres Herkunftslandes wohnen, Versicherungsschutz zu gewähren. Diese Police ist nicht als Krankenzusatzversicherung in Deutschland vorgesehen. Zum Zeitpunkt, zu dem das Antragsformular ausgefüllt wird, muss das Hauptmitglied mindestens 18 (achtzehn) Jahre alt sein. Der Versicherungsschutz ist davon abhängig, dass das Antragsformular vom Versicherer angenommen wird. Der Versicherer wird kein Antragsformular annehmen, wenn dadurch gegen geltendes Recht, eine Sanktion oder eine Vorschrift verstoßen wird.

Das Hauptmitglied und die anderen versicherten Personen müssen bei Beginn des Versicherungsschutzes gemäß dieser Police unter 65 (fünfundsechzig) Jahre alt sein.

Für den Abschluss, die Verwaltung und Führung dieser Versicherungspolice sind personenbezogene Daten und/oder andere sensible Daten erforderlich. Hauptmitglieder und andere versicherte Personen werden für die Zwecke der Anwendung der in 4. „Datenschutzerklärung“ beschriebenen Bestimmungen und jeder sonstigen von dem Vertragsverwalter zur Verfügung gestellten Datenschutzerklärung als „Betroffene Personen“ bezeichnet.

GEOGRAFISCHE GELTUNGSBEREICHE

Diese Police gewährt Versicherungsschutz für jedes Hauptmitglied und andere versicherte Personen in den geografischen Geltungsbereichen, die in der Mitgliedsbescheinigung des Hauptmitglieds genannt sind.

Die Behandlungskosten müssen innerhalb des Versicherungszeitraums angefallen sein:

- in einem der Länder der hierin definierten geographischen Geltungsbereiche des Versicherungsschutzes, oder
- in einem anderen Land: Die Police sieht Versicherungsschutz für die Notfallbehandlung außerhalb des auf der Mitgliedsbescheinigung angegebenen geographischen Geltungsbereichs des Versicherungsschutzes für einen Zeitraum von 60 (sechzig) Tagen je Reise vor. Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person ihren Wohn- oder Arbeitsort verlässt und zu der Reise aufbricht.

Eine Notfallbehandlung außerhalb des geografischen Geltungsbereichs ist eine Behandlung wegen medizinischer Notfälle, die auf Geschäfts- oder Urlaubsreisen außerhalb des Gebiets eintreten, in dem Ihr Versicherungsschutz gilt. Versicherungsschutz wird für einen Zeitraum von höchstens 60 (sechzig) Tagen je Reise bis zum maximalen Leistungsbetrag gewährt und umfasst die erforderliche Behandlung bei einem Unfall oder dem plötzlichen Ausbruch oder der Verschlimmerung einer schweren Erkrankung, die eine unmittelbare Bedrohung der Gesundheit der versicherten Person darstellt. Hauptmitglieder und andere versicherte Personen haben den Vertragsverwalter (Kontakt Daten sind weiter unten genannt) zu informieren, wenn sie sich für einen Zeitraum von mehr als 60 Tagen außerhalb des in der Mitgliedsbescheinigung genannten geografischen Geltungsbereichs des Versicherungsschutzes aufhalten.

Versicherungsschutz wird für die durch einen Unfall oder Notfall außerhalb des geografischen Geltungsbereichs entstehenden Kosten nur gewährt, wenn die Behandlung durch einen Allgemeinmediziner oder Facharzt oder im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts erbracht wird.

Außerhalb des geografischen Geltungsbereichs muss die Behandlung durch einen Allgemeinmediziner oder Facharzt innerhalb von 48 (achtundvierzig) Stunden nach Eintritt des Notfalls beginnen. Kein Versicherungsschutz wird für Heil- oder Folgebehandlungen gewährt, die nicht in Notfällen erfolgen; ebenfalls nicht versichert sind Kosten im Zusammenhang mit Mutterschaft, Schwangerschaft, Entbindung oder Komplikationen bei einer Schwangerschaft oder Entbindung nach der 34. (vierunddreißigsten) Schwangerschaftswoche.

VERTRAGSVERWALTER

Diese Police wird von der PassportCard Europe GmbH („Vertragsverwalter“) im Namen des Versicherers verwaltet:

PassportCard Europe GmbH
Kaiser-Wilhelm-Straße 93
20355 Hamburg
Deutschland
(oder abweichende Anschrift gemäß Webseite)
Telefon: +49 40 46 00 20 333
WhatsApp-Nummer: +49 170 210 1616
E-Mail: kundenbetreuung@passportcard.de

ÄNDERUNGEN DER MITGLIEDSBESCHEINIGUNG

Wenn das Hauptmitglied zusätzlich andere versicherte Personen, die die Voraussetzungen erfüllen, einschließlich Neugeborener, in diese Police aufnehmen möchte, ist für diese zusätzlichen versicherten Personen ein neues Antragsformular auszufüllen, und dieser zusätzliche Versicherungsschutz wird an dem angegebenen Datum auf der aktualisierten Mitgliedsbescheinigung, die dem Hauptmitglied ausgestellt wird, wirksam. Im Falle eines Neugeborenen ist die Geburtsurkunde vorzulegen und ein Antragsformular ist innerhalb von zwei (2) Monaten nach der Geburt des Kindes auszufüllen und einzureichen.

Während der ersten 60 Tage nach der Geburt des Kindes wird Versicherungsschutz im Rahmen der Leistungen für Neugeborenenpflege der leiblichen Mutter gewährt, sofern diese die Wartezeit für Schwangerschaft und Entbindung erfüllt hat.

Das Neugeborene wird frühestens ab dem Tag des Eingangs des Antragsformulars mit einem maximalen Risikozuschlag von 100% in den Versicherungsschutz aufgenommen, unter der Voraussetzung, dass das Antragsformular innerhalb von 60 Tagen nach der Geburt eingereicht wurde und dass die leibliche Mutter am Tag der Geburt mindestens 12 Monate ohne Unterbrechung versichert war.

Wenn die Mutter am Tag der Geburt weniger als 12 aufeinanderfolgende Monate versichert war und/oder das Antragsformular nicht innerhalb von 60 Tagen eingereicht wird, ist die Aufnahme des Neugeborenen in die Police von der medizinischen Risikoprüfung abhängig, wobei es keine Einschränkungen hinsichtlich des Risikozuschlags gibt. Der Versicherungsschutz beginnt an dem Tag des Eingangs des Antragsformulars (sofern der Versicherungsschutz bewilligt wird).

Wenn eine versicherte Person (mit Ausnahme des Hauptmitglieds) das 18. Lebensjahr vollendet, wendet sich der Vertragsverwalter an diese versicherte Person und stellt ihr gegebenenfalls eine separate Mitgliedsbescheinigung aus. Außerdem erhält das Hauptmitglied eine aktualisierte Mitgliedsbescheinigung mit der aktualisierten Liste der anderen versicherten Personen.

Das Hauptmitglied kann den geografischen Geltungsbereich ändern, auf den sich sein Versicherungsschutz erstreckt. Dazu teilt es dem Vertragsverwalter eine solche Änderung per E-Mail oder telefonisch 1 (einen) Monat im Voraus mit. In einem solchen Fall kann die Prämie, die das Hauptmitglied für den Versicherungsschutz gemäß dieser Police zu zahlen hat, durch die Änderung des geografischen Geltungsbereichs beeinflusst werden, und das Hauptmitglied wird über die Änderung informiert.

Das Hauptmitglied ist jedoch weiterhin berechtigt, innerhalb von 2 (zwei) Monaten nach Mitteilung der Änderung der Prämie infolge der Änderung des geografischen Geltungsbereichs die Kündigung der Mitgliedschaft in der Association zu verlangen. Die Änderung der Prämie infolge einer Änderung des geografischen Geltungsbereichs wird 30 (dreißig) Tage nach Unterrichtung des Hauptmitglieds über eine solche Änderung wirksam.

LEISTUNGEN

Umfang

Die Leistungen bestehen aus der Zahlung oder Rückerstattung erstattungsfähiger Behandlungs- und verbundener Kosten, die versicherten Personen entstehen, wie in 3. „Leistungstabelle“ dargestellt.

Damit eine medizinische Versorgung von dieser Police erfasst werden kann, muss sie von Gesundheitsdienstleistern, die von den örtlichen Gesundheitsbehörden anerkannt sind, und zugelassenen Ärzten erbracht werden (entsprechend den Gesetzen und Bestimmungen des Landes, in dem die Behandlung durchgeführt wurde).

Die medizinischen Leistungen müssen während der auf der Mitgliedsbescheinigung angegebenen Laufzeit der Versicherung erbracht worden sein.

LEISTUNGSBETRAG

Der Leistungsbetrag wird für jede in der Leistungstabelle aufgeführte Aufwendung bestimmt und ist für jede Leistungsart auf die üblichen, zweckmäßigen und angemessenen Kosten begrenzt („Wirtschaftlichkeitsprinzip“). Ob Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsprinzip entsprechen, wird nach der in dem Land, in dem die medizini-

sche Versorgung durchgeführt wird, üblichen medizinischen Praxis bestimmt (Art der Behandlung, Qualität der Versorgung und medizinischen Geräte, geografisches Gebiet und Land) und unterliegt den Codierungs- und Bewertungsstandards der medizinischen Verfahren und Behandlungen, auf die in jedem Land Bezug genommen wird oder die dort üblich sind. Im Allgemeinen sind Kosten für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen, unüblich, unzweckmäßig und unangemessen.

Wenn die Art der Kosten als unüblich, unzweckmäßig oder unangemessen betrachtet wird, kann dies zur Ablehnung der Erstattung oder einer Begrenzung des Erstattungsbetrags auf den üblichen, zweckmäßigen und angemessenen Betrag führen. Wenn die medizinische Behandlung, für die Leistungen vereinbart wurden, das medizinische Notwendige überschreitet, kann der Versicherer die Leistungen auf einen zweckmäßigen Betrag kürzen.

VORHERIGE ANZEIGE

Leistungen können davon abhängig sein, dass eine vorherige Anzeige im Namen des Hauptmitglieds oder der anderen versicherten Person erfolgt, sowie der Erteilung einer Leistungszusage durch den Vertragsverwalter.

Außer im „Notfall“ hat die vorherige Anzeige gemäß der nachstehenden Beschreibung für Ansprüche im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten, Versorgung im Hospiz und Transplantationen sowie Schwangerschaften zu erfolgen, auf die sich jeweils der Versicherungsschutz erstreckt.

Das Hauptmitglied oder die andere versicherte Person hat den Vertragsverwalter im Auftrag des Versicherers spätestens 72 (zweiundsiebzig) Stunden vor allen Krankenhausaufenthalten, Versorgung im Hospiz und Transplantationen zu benachrichtigen, auf die sich der Versicherungsschutz erstreckt.

Im Falle einer versicherten Schwangerschaft ist der Vertragsverwalter innerhalb der ersten 3 (drei) Schwangerschaftsmonate zu unterrichten.

Es ist davon auszugehen, dass der Vertragsverwalter den vorgeschlagenen Behandlungsablauf genehmigt hat, wenn er auf die vorherige Anzeige nicht innerhalb von 5 Arbeitstagen nach dem Eingangsdatum eine anderslautende Antwort erteilt hat.

Falls keine vorherige Anzeige für Krankenhausbehandlung (stationär) eingereicht wurde, ist der Vertragsver-

walter berechtigt, nur 80% der Kosten abzudecken. Falls keine vorherige Anzeige für ambulante Behandlungen eingereicht wurde und infolgedessen die Kosten der durch die Police versicherten Behandlung die Kosten überschreiten, die versichert gewesen wären, wenn die vorherige Anzeige eingereicht worden wäre, ist der Vertragsverwalter berechtigt nur 50% des für eine andere ähnliche Behandlung (ambulant) zahlbaren Betrags abzudecken, der hätte erstattet werden sollen, sofern die Mehrkosten dem Versicherer infolge der Nichtangabe der vorherigen Anzeige tatsächlich entstanden sind.

Die vorherige Anzeige ist in Notfällen zwar nicht erforderlich, aber das Hauptmitglied oder die andere versicherte Person sollte den Vertragsverwalter dennoch innerhalb von 48 (achtundvierzig) Stunden nach der Einweisung ins Krankenhaus oder bei Höherer Gewalt so schnell wie möglich benachrichtigen. Der Vertragsverwalter ist berechtigt, die versicherte Person nach eigenem Ermessen an eine Einrichtung zu verweisen, die niedrigere Behandlungsgebühren anbietet.

GELTENDMACHUNG EINES ANSPRUCHS

Ansprüche sind unverzüglich, jedoch spätestens 36 (sechsunddreißig) Monate nach dem Datum der Erbringung der medizinischen Leistungen geltend zu machen.

Im Falle eines Anspruchs kann der Vertragsverwalter für die Bearbeitung des Anspruchs die folgenden Nachweise zusammen mit dem Anspruch verlangen:

- Im Falle eines Krankenhausaufenthalts: Belege für den Krankenhausaufenthalt (Rechnungen, Honorarnoten usw.)
- Im Falle einer Erkrankung: die detaillierten Rechnungen oder
- im Falle einer Hausgeburt: eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes.

Der Vertragsverwalter kann gegebenenfalls zusätzliche Unterlagen anfordern, die für die Anwendung dieses Versicherungsschutzes erforderlich sind.

Das Hauptmitglied und/oder die andere versicherte Person haftet für alle Informationen, die von ihm/ihr oder von dem Hauptmitglied im Namen der anderen versicherten Person übermittelt werden, die unrichtig, gefälscht oder übertrieben erscheinen, oder jede betrügerische Handlung oder Täuschung durch sie, und alle von dem Versicherer auf der Grundlage dieser falschen Daten zu Unrecht geleisteten Zahlungen sind zurückzuzahlen.

BEWERTUNG DER ANSPRÜCHE

Der Vertragsverwalter kann jeden Anspruch im Namen des Versicherers innerhalb angemessener Frist und entsprechend den Bedingungen der Police untersuchen und bewerten.

Im Falle eines Anspruchs zahlt der Vertragsverwalter innerhalb angemessener Frist alle im Zusammenhang mit dem Anspruch fälligen Summen, wenn er dazu entsprechend den Bedingungen der Police verpflichtet ist. Im Falle eines Streits über den Anspruch kann die Nichterfüllung des Anspruchs nicht als unangemessen behandelt werden.

Im Zusammenhang mit der Prüfung des Anspruchs kann der beratende medizinische Gutachter des Vertragsverwalters weitere zur Bearbeitung des Anspruchs erforderliche Belege verlangen, wenn die oben genannten Belege unvollständig sind, Anlass zum Zweifel geben oder der Vertragsverwalter die Pflicht des Versicherers zur Erfüllung des Anspruchs nicht gründlich prüfen kann. Der beratende medizinische Gutachter des Vertragsverwalters ist berechtigt, vorbehaltlich des hieran angefügten 4. Kapitels „Datenschutzerklärung“ und der Angaben in jeder sonstigen von dem Vertragsverwalter unterbreiteten Datenschutzerklärung auf eigene Kosten Daten von den folgenden Organisationen und Personen anzufordern:

- Ärzten
- Krankenhäusern
- Sonstigen medizinischen Einrichtungen
- Pflegeheimen
- Betreuern
- Sonstigen Anbietern von Personenversicherungen
- Gesetzlichen Krankenversicherungen
- Berufsgenossenschaften und/oder
- amtlichen Stellen

Falls das Hauptmitglied und/oder andere versicherte Personen sich weigern, im Verlauf der Anspruchsverarbeitung konkret angeforderte Daten zur Verfügung zu stellen, wird die Leistung möglicherweise nicht fällig, wenn der Vertragsverwalter nicht feststellen kann, ob und in welchem Umfang der Versicherer für die Erfüllung des Anspruchs haftet. Diesbezüglich ist der Versicherer nicht anderweitig für die Nichterbringung der Leistungen gemäß dieser Police haftbar zu machen.

Durch die Beantragung von Versicherungsschutz gemäß der Police erklärt sich das Hauptmitglied damit einverstanden, dass die Verweigerung der Übermittlung oder die Nichtübermittlung angemessener Informationen an den Vertragsverwalter dazu führen kann, dass der Versicherer nicht in der Lage ist, den Zahlungsan-

spruch zu erfüllen. Soweit der Versicherer die vollständige Erfüllung eines Anspruchs ablehnt, kürzt er die Zahlung im Verhältnis zum Fehler des Hauptmitglieds oder der anderen versicherten Person.

Falls die gemäß der Police zur Zahlung fällige Prämie aufgrund eines Fehlers des Hauptmitglieds nicht gezahlt wurde, werden die Leistungen möglicherweise nicht fällig.

Im Falle der Täuschung, falscher Angabe oder der Verheimlichung bezüglich einer die Versicherung betreffenden Angelegenheit oder in Verbindung mit einem Anspruch des Hauptmitglieds und/oder einer anderen versicherten Person ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsschutz gemäß der Police zu kündigen, und alle Rechte auf Ansprüche aus dieser sind verwirkt.

BEGRENZUNG AUF TATSÄCHLICHE KOSTEN

Kosten, die dem Hauptmitglied oder einer anderen versicherten Person bereits durch Dritte erstattet worden sind oder deren Erstattung durch Dritte erwartet wird, werden gemäß dieser Police nicht zusätzlich erstattet.

Versicherungsschutz derselben Art, der bei mehreren Versicherungsträgern abgeschlossen wird, ist unabhängig vom Datum des Abschlusses der Versicherung bis zu jeder Leistungsgrenze durchsetzbar. Zum Zweck der oben genannten Bestimmungen wird die Begrenzung des von dem Hauptmitglied und/oder den anderen versicherten Personen zahlbaren Kostenbetrags von dem Vertragsverwalter für jede medizinische Handlung oder Behandlung oder jeden Posten bestimmt.

ZAHLUNG MIT DER KARTE

Bestimmte Leistungen können dem Leistungserbringer direkt mit einer speziellen Prepaid-Karte (der Karte „PassportCard“) bezahlt werden. Jede Bezahlung des Leistungserbringers/medizinischen Dienstleisters oder jede Barabhebung von der Karte ist vorher vom Vertragsverwalter zu autorisieren. Das Hauptmitglied oder die andere versicherte Person sollten sich entweder direkt an den Vertragsverwalter wenden oder die mobile App öffnen, um das Laden von Geld auf die PassportCard anzufordern. Die PassportCard darf nur entsprechend den von dem Vertragsverwalter vorgesehenen allgemeinen Bedingungen, die zum Zeitpunkt der Ausgabe der Karte mitgeteilt wurden, genutzt werden. Laut diesen allgemeinen Bedingungen muss der Nutzer dem Vertragsverwalter alle von diesem angeforderten Unterlagen zur Unterstützung der Zahlung mit der Karte unterbreiten. Werden diese Unterlagen nicht über-

mittelt oder wurde die Karte nicht entsprechend den geltenden Bedingungen genutzt, ist der Vertragsverwalter berechtigt, die Gelder von dem Hauptmitglied oder der versicherten Person in der Höhe zurückzufordern, mit der die Karte durch die betreffende Person belastet wurde. Für eine solche Rückforderung von Geldern ist es erforderlich, dass das Hauptmitglied nicht nachweisen kann, dass die Nichteinholung der vorherigen Autorisierung nicht auf grobe Fahrlässigkeit zurückzuführen war oder – außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Obliegenheit – dass die Verletzung der Verpflichtung keine Auswirkung auf das versicherte Ereignis oder die Bestimmung der Versicherungsleistung hatte. Wenn das Hauptmitglied das Laden von Geld auf die PassportCard anfordert, stimmt es automatisch den allgemeinen Bedingungen der PassportCard zu. Falls der Versicherer die vollständige Erfüllung eines Anspruchs ablehnt, kann er die Zahlung im Verhältnis zum Fehler des Hauptmitglieds oder der anderen versicherten Person kürzen.

Die PassportCard ist keine Kreditkarte, Ihr eigenes Geld kann nicht darauf geladen werden und sie ist nicht mit einem Einlagenkonto oder anderen Produkten verbunden, die Sie möglicherweise haben. Die PassportCard ist einfach eine vom Vertragsverwalter gewählte Methode, der versicherten Person eine bequeme Möglichkeit der Vorauszahlung des entsprechenden Betrags an Stelle der Rückerstattung zu bieten.

ERSTATTUNG VERSICHERTER KOSTEN

Falls genehmigt, wird die Erstattung an das Hauptmitglied bzw. die andere versicherte Person gezahlt, nachdem dem Vertragsverwalter detaillierte Rechnungen und Quittungen über diese Zahlungen übersandt wurden.

Ansprüche können vom Hauptmitglied oder der anderen versicherten Person ohne vorherige Zustimmung der Association erhoben werden.

Wenn ein Hauptmitglied oder eine andere versicherte Person vor Ort durch eine nationale Sozialversicherung oder eine entsprechende Versicherung versichert ist, sind die von dieser Versicherung bezogenen Leistungen von den gemäß dieser Police zahlbaren Leistungen abzuziehen (diese Police kann nach dem Ermessen des Vertragsverwalters an zweiter Stelle zahlen).

Wenn eine versicherte Person (mit Ausnahme des Hauptmitglieds) abhängig beschäftigt ist und von ihrem Arbeitgeber Versicherungsschutz erhält, sind die Leistungen, die sie von dieser Versicherung bekommen hat, von den gemäß dieser Police zahlbaren Leistungen abzuziehen (diese Police kann nach dem Ermessen des

Vertragsverwalters an zweiter Stelle zahlen).

WÄHRUNG

Die Kosten für medizinische Behandlungsleistungen können in einer Fremdwährung anfallen. Falls der Versicherer den Anspruch in Euro erstattet, verwendet er die am Tag der medizinischen Behandlung geltenden Wechselkurse. Die Behandlungskosten in allen Währungen werden mit dem Online-Währungsumrechner Xignite umgerechnet: www.xignite.com.

Falls dem Hauptmitglied oder der anderen versicherten Person zum Zeitpunkt der Erbringung der medizinischen Leistung tatsächlich ein ungünstigerer Wechselkurs berechnet wurde, ist es zulässig, stattdessen den Kurs der versicherten Person zu verwenden, vorausgesetzt dass die versicherte Person dem Vertragsverwalter Unterlagen vorlegt, die den beanspruchten Kurs bestätigen. In solchen Fällen kann das Hauptmitglied wählen, welcher Wechselkurs verwendet werden soll. (Wenn die Differenz gering ist, bevorzugt das Hauptmitglied möglicherweise die sofortige Regulierung unter Verwendung eines Xignite-Kurses, statt Nachweise für einen anderen Wechselkurs zusammenzustellen und zu übermitteln.)

VERJÄHRUNG

Ansprüche können gestellt werden, bis sie nach deutschem Recht verjähren. Ansprüche verjähren grundsätzlich am Ende des 3. (dritten) Kalenderjahres nach dem Kalenderjahr, in dem der Anspruch entstanden ist, und wenn dem/der Geschädigten die Tatsachen bekannt waren (oder hätten bekannt sein müssen), die den Anspruch begründet haben. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den anwendbaren deutschen Rechtsvorschriften.

ANSPRÜCHE GEGEN DRITTE

Falls einem Hauptmitglied oder einer anderen versicherten Person ein Entschädigungsrecht gegen einen Dritten mit Ausnahme eines Familienangehörigen zusteht, haben das Hauptmitglied oder die andere versicherte Person dieses Recht an den Versicherer abzutreten (außer der Versicherer erwirbt das Recht durch Forderungsübergang).

Der Versicherer darf dieses Recht nicht in einer Weise ausüben, die das Recht des Hauptmitglieds oder der anderen versicherten Person auf Erhalt einer Entschädigung von dem Dritten, die die von dem Versicherer erhaltenen Leistungen überschreitet, beeinträchtigt. Falls ein Hauptmitglied oder eine andere versicherte Person eine Entschädigung und/oder Ersatzleistung von

einem Dritten erhält, die nach diesem Absatz dem Versicherer zusteht, überweist es/sie diese dem Vertragsverwalter zur Weitergabe an den Versicherer. Falls es/sie auf eine Regulierung verzichtet oder eine sonstige Maßnahme ergriffen hat, die das dem Versicherer übertragene Recht beeinträchtigt, hat es/sie den Versicherer diesbezüglich in voller Höhe (bei einem vorsätzlichen Verstoß) oder teilweise in direktem Verhältnis zur Schwere der Fahrlässigkeit zu entschädigen, es sei denn, das Hauptmitglied kann nachweisen, dass es nicht grob fahrlässig gehandelt hat.

VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT

Das Hauptmitglied und/oder die andere versicherte Person sind verpflichtet, die Fragen in dem Antragsformular und anderen Antragsunterlagen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten, einschließlich ausführlicher Angaben zu früheren Erkrankungen/Vorerkrankungen. Unterlassene oder falsche oder unvollständige Angaben können den Versicherungsschutz gefährden.

Im Falle der Täuschung, falscher Angaben oder der Verheimlichung durch das Hauptmitglied und/oder die andere versicherte Person ist der Versicherer (oder der in seinem Namen handelnde Vertragsverwalter) entsprechend den Vorschriften von § 19 geändert durch § 194 Abs. 1 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz berechtigt, den Versicherungsschutz des Hauptmitglieds gemäß der Police für nichtig zu erklären; dadurch wird der Versicherungsschutz der anderen versicherten Personen ebenfalls für nichtig erklärt. Im Falle einer fahrlässigen Auslassung oder falscher Angaben ist der Versicherer (oder der in seinem Namen handelnde Vertragsverwalter) ebenfalls berechtigt, den Versicherungsschutz gemäß der Police zu neuen vom Versicherer festgelegten Bedingungen fortzuführen (und im Falle einer grob fahrlässigen Pflichtverletzung auch rückwirkend) oder den Versicherungsschutz gemäß der Police durch Rückzahlung der gezahlten Prämien zu kündigen.

FOLGEN DER NICHTERFÜLLUNG EINER VERPFLICHTUNG

Die Leistungen gemäß der Police werden fällig, wenn der Versicherer die erforderlichen Untersuchungen zur Feststellung des Versicherungsanspruchs und des Umfangs seiner Zahlung abgeschlossen hat. Falls eine der hierin festgelegten Verpflichtungen des Hauptmitglieds oder der anderen versicherten Person nicht erfüllt werden, kann dies dazu führen, dass der Versicherer nicht feststellen kann, ob und in welchem Umfang der Versicherer für die Zahlung von Leistungen haftbar ist. Die Nichterfüllung einer Verpflichtung kann dazu führen, dass eine Leistung nicht zahlbar wird.

Einzelheiten zu den vorvertraglichen Anzeigepflichten und den Folgen ihrer Nichterfüllung sind in 5. „Folgen der Nichterfüllung der Anzeigepflicht“ zu finden.

Im Falle einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch das Hauptmitglied oder eine versicherte Person ist der Versicherer gegebenenfalls berechtigt, gemäß §§ 19 bis 22 Versicherungsvertragsgesetz (siehe 5. „Folgen der Nichterfüllung der Anzeigepflicht gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz“) entweder die Einzelpolice für nichtig zu erklären, die Einzelpolice zu kündigen oder sie weiterhin zu neuen, vom Versicherer festgelegten Bedingungen anzuwenden.

MITTEILUNGEN

Mitteilungen des Vertragsverwalters an das Hauptmitglied und/oder andere versicherte Personen werden entsprechend 4. „Datenschutzerklärung“ entweder in Papierform oder in Textform auf digitalem Wege (z. B. E-Mail, Website, Log-in, Mobile App) übermittelt.

WIDERRUF DES ANTRAGS AUF MITGLIEDSCHAFT/„WIDERRUFSFRIST“

Innerhalb einer Frist von 14 (vierzehn) Tagen nach Eingang einer Mitgliedsbescheinigung beim Hauptmitglied kann das Hauptmitglied den Antrag auf Versicherungsschutz gemäß der Police durch Versand eines Einschreibens mit Rückschein an den Vertragsverwalter oder einer E-Mail an die unten genannte Adresse widerrufen, ohne dass ihm eine Prämie berechnet wird. Ausführlichere Informationen sind Kapitel 6 „Widerrufsbelehrung“ zu entnehmen.

Ein Hauptmitglied, das bereits eine Prämie in Verbindung mit dem Versicherungsschutz gemäß dieser Police gezahlt hat, kann jedoch innerhalb einer Frist von 30 (dreißig) Kalendertagen ab dem auf der Mitgliedsbescheinigung genannten Datum des Inkrafttretens der Police durch Versand eines Einschreibens mit Rückschein an den Vertragsverwalter oder einer E-Mail an die unten genannte Adresse vom Versicherungsschutz zurücktreten.

Dem Hauptmitglied sind alle Summen im Zusammenhang mit der Prämienzahlung gemäß dieser Police, die innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab dem Datum der Bestätigung des Eingangs des Einschreibens geleistet wurden, in voller Höhe zu erstatten, solange während dieser Zeit oder seit Beginn des Versicherungsschutzes gemäß dieser Police keine Ansprüche geltend gemacht wurden.

Adresse für die Zusendung des Widerrufsschreibens

PassportCard Europe GmbH
Kaiser-Wilhelm-Straße 93
20355 Hamburg
Deutschland
E-Mail: kundenbetreuung@passportcard.de

Muster des Widerrufsschreibens
(innerhalb der Widerrufsfrist)

„Ich, der/die Unterzeichnete, Herr/Frau (vollständiger Name der betroffenen Person), wohnhaft in (vollständige Adresse der betroffenen Person), widerrufe die Mitgliedschaft in der bei der Association abgeschlossenen Versicherung, Policennummer.

Ich bescheinige hiermit, dass mir am Versanddatum dieses Schreibens kein Anspruch bekannt ist, durch den Versicherungsschutz gemäß der Police seit dem Datum, an dem ich Versicherungsschutz gemäß der Police beantragt habe, geltend gemacht wurde.

Datum:

Unterschrift:

KÜNDIGUNG ODER AUSSETZUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Außer bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten oder Nichtzahlung der Prämie können das Hauptmitglied und/oder die andere versicherte Person, sobald sie angenommen wurden, nicht gegen ihren Willen aus dem Versicherungsschutz gemäß der Police ausgeschlossen werden, solange sie weiterhin die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz erfüllen.

Wenn hierin keine anderen Angaben gemacht werden, gilt Folgendes:

- Für jedes Hauptmitglied: Der Versicherungsschutz endet an dem Datum, an dem das Hauptmitglied nicht mehr die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz gemäß der Police erfüllt.
- Für jede andere versicherte Person: Die Kündigung des Versicherungsschutzes der Police für das Hauptmitglied führt zu einer Kündigung des Versicherungsschutzes der Police für die andere versicherte Person. Wenn die andere versicherte Person die Voraussetzungen erfüllt, um Hauptmitglied zu sein, kann sie ihren Versicherungsschutz ohne zusätzliche Annahmefristen oder Wartezeiten in einen neuen Ver-

sicherungsschutz gemäß der Police umwandeln; und wenn die andere versicherte Person die Eignungsvoraussetzungen als „versicherte Person“ gemäß der Police nicht mehr erfüllt, endet der Versicherungsschutz sofort.

Wenn ein Hauptmitglied und/oder eine andere versicherte Person die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz nicht mehr erfüllt, kann der Versicherer bis zu 90 (neunzig) Tage lang zusätzlichen Versicherungsschutz gewähren; Voraussetzung ist die fortgesetzte Prämienzahlung.

Sofern hierin nicht anders bestimmt, gilt für alle durch diese Police versicherten Personen: Die Kündigung des Versicherungsschutzes wird an dem auf der Mitgliedsbescheinigung angegebenen Datum oder an dem Kündigungsdatum wirksam, an dem der Vertragsverwalter benachrichtigt wird, dass der Versicherungsschutz gekündigt wurde, und sie gilt nicht rückwirkend. Das Hauptmitglied kann den Versicherungsschutz gemäß dieser Police jederzeit mit einer Frist von 30 (dreißig) Tagen gegenüber dem Vertragsverwalter aufheben.

Die Kündigung führt zu einer sofortigen Aufhebung der Anspruchsberechtigung für alle nach dem Kündigungsdatum erbrachten Leistungen, auch wenn die Behandlung wegen einer Gesundheitsstörung für das Hauptmitglied oder die andere versicherte Person vor dem Kündigungsdatum begonnen hat.

Die Gültigkeit dieser Police hängt vom Bestand der zwischen dem Versicherer und der Association abgeschlossenen Rahmenpolice ab. Im Falle der Kündigung dieser Rahmenpolice bleibt der zum Zeitpunkt der Kündigung wirksame Versicherungsschutz gemäß dieser Police bis zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns in Kraft (vorbehaltlich der in der Police enthaltenen Bedingungen), aber es besteht kein Anspruch auf Verlängerung.

Die Kündigung des Versicherungsschutzes gemäß der Police kann in folgenden Fällen durch die Association (die ebenfalls im Namen des Versicherers handelt) in die Wege geleitet werden:

- im Falle der Nichtzahlung der Prämie durch das Hauptmitglied, wie in den §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz vorgesehen;
- mit einer Frist von 3 (drei) Monaten am Kündigungsdatum der Mitgliedsbescheinigung oder dem in der Police genannten Kündigungsereignis, je nachdem, welches Ereignis früher eintritt;
- mit sofortiger Wirkung an dem Datum, an dem das

Hauptmitglied nicht mehr die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft in der Association erfüllt, oder – nach einem Sanierungsplan oder einer Zwangsliquidation der Association.

Falls die Association im Falle der Kündigung der Rahmenpolice eine andere Versicherungsgesellschaft mit der Leistung des Versicherungsschutzes gemäß der Police betraut, die zum Zeitpunkt einer solchen Kündigung in Kraft war, wird dieser Versicherungsschutz vorbehaltlich der Zustimmung des Hauptmitglieds nicht mehr von dem gegenwärtigen Versicherer erbracht. Diese Bestimmung weicht nicht von einer sonstigen zwischen den Parteien vereinbarten Bestimmung über die Ablaufzeit des Versicherungsschutzes gemäß der Police ab.

Wenn ein Hauptmitglied und/oder eine andere versicherte Person die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz nicht mehr erfüllt, kann der Versicherer bis zu 90 (neunzig) Tage lang zusätzlichen Versicherungsschutz gewähren; Voraussetzung ist die Prämienzahlung.

Die Rechte der versicherten Personen gemäß der Police enden zu dem Zeitpunkt, zu dem das Hauptmitglied kein Mitglied mehr ist, oder in den sonstigen in der Police beschriebenen Fällen, je nachdem, welches Ereignis früher eintritt.

PRÄMIENZAHLUNG

Die Prämien werden vom Hauptmitglied entweder monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich gezahlt und sind am ersten Tag des Kalenderzeitraums, auf den sie sich beziehen, zur Zahlung durch das Hauptmitglied fällig. In der ersten Prämienzahlung sind die Mitgliedsbeiträge der Association enthalten.

NICHTZAHLUNG

Falls das Hauptmitglied die Prämien nicht innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach ihrem Fälligkeitsdatum in voller Höhe bezahlt, kann der Versicherungsschutz 30 (dreißig) Tage nach Versand einer entsprechenden förmlichen Mitteilung per Einschreiben durch den Versicherer oder den Vertragsverwalter an das Hauptmitglied widerrufen werden. Falls das Hauptmitglied die rückständige Zahlung innerhalb dieser Frist geleistet hat, ist die Widerrufsanzeige nicht mehr wirksam.

BESCHWERDEN

Im Falle von Schwierigkeiten bezüglich Ihrer Police ist PassportCard Europe GmbH in der Lage, Ihre Anfragen und Beschwerden zu bearbeiten. Sie können Beschwerden an unsere Beschwerde-Abteilung richten, deren Kontaktdaten im Folgenden angegeben sind:

PassportCard Europe GmbH
Kaiser-Wilhelm-Straße 93
20355 Hamburg
Deutschland
(oder abweichende Anschrift gemäß Webseite)
E-Mail: complaints@passportcard.de

PassportCard Europe GmbH sichert zu, den Eingang Ihrer schriftlichen Beschwerde innerhalb von 10 Tagen zu bestätigen und Ihnen innerhalb einer Frist von 2 Monaten eine Antwort zukommen zu lassen.

Nach Ablauf dieser zweimonatigen Frist und unabhängig von der erhaltenen Antwort, oder bei Ausbleiben einer Antwort, können Sie sich in jedem Fall:

- An die **Mediationsstelle** des französischen Verbands der Versicherungsunternehmen unter folgenden Kontaktdaten wenden:

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75 441 Paris Cedex 09
Frankreich
www.mediation-assurance.org

oder

- Direkt an den **Versicherer** unter folgenden Kontaktdaten wenden:
VYV International Benefits
- Service Relations Clientèle
7 Square Max Hymans
75 748 PARIS CEDEX 15
Frankreich
E-Mail: clients@vyv-ib.com

unbeschadet anderer möglicher Rechtsmittel.

Das Hauptmitglied oder die anderen versicherten Personen haben auch die Möglichkeit, eine Mediation durch den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung in Bezug auf diese Police zu beantragen.

Beschwerden können an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unter folgender Adresse gerichtet werden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Telefon: +49 (0) 228 / 4108 - 0
Fax: + 49 (0)228 4108-1550
E-Mail: poststelle@bafin.de
<https://www.bafin.de>

Das Recht auf Klageerhebung vor dem zuständigen Zivilgericht bleibt von der Einreichung einer Beschwerde unberührt.

AUSSCHLÜSSE

Ausschluss der Haftung des Versicherers für Anbieter medizinischer und anderer Dienstleistungen

Der Versicherer haftet gegenüber der Association und/oder dem Hauptmitglied und/oder anderen versicherten Personen nicht für Schäden, die dem Hauptmitglied und/oder anderen versicherte Personen und/oder einem Dritten möglicherweise durch die Entscheidung für und/oder Überweisung durch den Versicherer an einen Arzt, Facharzt, Chirurgen, Anästhesisten, ein Krankenhaus oder einen sonstigen Dienstleister innerhalb oder außerhalb des Netzwerks und/oder infolge einer Handlung oder Unterlassung der Ersteren oder eine Beratung, Behandlung, einen operativen Eingriff, eine Medikamentenbehandlung oder sonstige von ihnen durchgeführte Maßnahme, einschließlich der Nichtdurchführung eines operativen Eingriffs und/oder der Nichtdurchführung einer medizinischen Behandlung an dem festgesetzten Termin, aus beliebigen Grund entstehen. Es wird klar gestellt, dass die Dienstleister nicht als Vertreter oder Beschäftigte des Versicherers gelten.

Verwirkung des Leistungsanspruchs

Das Hauptmitglied und jede versicherte Person sind berechtigt, direkt Ansprüche gegen den Versicherer zu erheben. Dem Hauptmitglied und/oder der anderen versicherten Person werden alle Rechte auf die Leistungsansprüche aberkannt, falls das Hauptmitglied oder die andere versicherte Person vorsätzlich eine falsche Angabe über diesen Anspruch macht, einschließlich des Datums, der Art, der Ursachen, der Umstände und/oder Folgen und/oder der Schadenshöhe. Die Verwirkung dieses Rechts gilt auch, wenn das Hauptmitglied oder die andere versicherte Person wissentlich falsche Unterlagen als Belege für den betreffenden Anspruch verwendet.

Risikoausschlüsse

Kosten aufgrund der folgenden Ereignisse werden von dem Versicherer nicht gedeckt:

- Exposition jeglicher Art gegenüber ionisierender Strahlung, radioaktiver Verschmutzung, einem kern-technischen Prozess, militärischem Nuklearmaterial oder nuklearen Abfällen jeglicher Art oder chemischen Stoffen im Verlauf einer rechtswidrigen Tätigkeit und
- die Folgen eines Bürgerkriegs oder sonstigen Kriegs, Aufstands, Aufruhrs, Angriffs oder Tumults oder von terroristischen Gewalttaten unabhängig vom Ort dieser Ereignisse und ihrer Protagonisten, außer wenn die versicherte Person an einem solchen Ereignis nicht aktiv teilnimmt oder wenn sie mit der Durchführung einer Wartungs- oder Überwachungsaufgabe zur Gewährleistung der Sicherheit von Menschen beauftragt wird.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherungsschutz gemäß der Police für ein oder mehrere Gebiete vorbehaltlich einer mit einer Frist von 15 (fünfzehn) Tagen an die Association gesandten vorherigen Mitteilung zu ändern. Die Association kann diese Änderung ablehnen und die Police gegenüber dem Versicherer durch Einschreiben mit Rückschein innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Erhalt des von dem Versicherer übermittelten Nachtrags kündigen. Die Kündigung wird am ersten Tag des Kalenderquartals nach der Mitteilung der Ablehnung wirksam. Jegliche Änderungen gelten für den Versicherungsschutz des Hauptmitglieds gemäß der Police am nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns, es sei denn, die besagte Änderung ist auf eine Änderung von Gesetzen oder Rechtsvorschriften und/oder eine Änderung des internationalen Rechts zurückzuführen.

Leistungsausschlüsse

Die folgenden Leistungen werden von der Police nicht abgedeckt, es sei denn, in der Mitgliedsbescheinigung oder der Leistungstabelle ist etwas anderes angegeben:

- Wahlbehandlungen, die außerhalb des in der Mitgliedsbescheinigung genannten geografischen Geltungsbereichs erbracht werden
- Jede Form der experimentellen oder unkontrollierten Behandlung, bei der keine üblichen oder herkömmlichen, allgemein anerkannten medizinischen Behandlungsmethoden angewendet werden, es sei denn, der Versicherer hat ausdrücklich seine Zustimmung gegeben
- Nebenkosten oder Kosten für „Komfortleistungen“ bei

- Krankenhausaufenthalt (z. B. Telefon, Fernsehen, Hotel, Internet usw.)
- Behandlungen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch/Sucht
- Entzug/Entzugsbehandlung
- Operationen oder Behandlungen in Verbindung mit einer Geschlechtsumwandlung/Geschlechtsangleichung
- Medizinische Kontrollen, Untersuchungen, Behandlungen, Beratungen und Komplikationen im Zusammenhang mit Sterilität, Sterilisation, sexueller Dysfunktion, Empfängnisverhütung (einschließlich Einsetzen oder Entfernen von Intrauterinpressaren), Einleitung eines Schwangerschaftsabbruchs (außer im Falle eines medizinisch notwendigen und entsprechend den örtlichen Rechtsvorschriften durchgeführten Schwangerschaftsabbruchs)
- Jede elektive/fakultative Operation zu plastischen/ästhetischen Zwecken, ausgenommen eine rekonstruktive Brust-OP nach einer versicherten Erkrankung
- Ästhetische Behandlungen und Beratungen, Verjüngungskuren, Schlankheitskuren
- Thermalkuren und damit verbundene Kosten
- Arztkosten im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einem Zentrum für Thalassotherapie oder einem Fitnesszentrum, auch wenn dieser Aufenthalt ärztlich verordnet wurde
- Behandlungskosten im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einem Pflegeheim oder einer Kuranstalt, es sei denn, dieser Aufenthalt schließt sich an einen Krankenhausaufenthalt oder eine vom Arzt des Versicherers beurteilte schwere Operation an
- Beratungen, Behandlungen und Komplikationen im Zusammenhang mit Haarausfall oder Haartransplantation, es sei denn, diese Behandlung wird aufgrund von Haarausfall durch eine schwere Erkrankung durchgeführt
- Behandlungen zur Veränderung der Refraktion eines oder beider Augen (Augenkorrektur mit Laser), einschließlich refraktiver Keratotomie (RK) und photorefraktärer Keratektomie (PRK)
- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente und nichtarzneiliche Produkte
- Diagnose und Behandlung von Schlafstörungen, einschließlich Behandlungen zur Verhütung von Schlafstörungen, medizinischen Geräten, Untersuchungen in Schlaflabors
- Beschneidung, außer aus medizinischen Gründen
- Impfungen für Erwachsene, die medizinisch nicht notwendig sind (z. B. für Reisen oder Einwanderung)
- Behandlungen auf der Grundlage alternativer oder ganzheitlicher Medizin, es sei denn, in der Leistungstabelle ist etwas anderes vorgesehen
- Behandlung und/oder Therapie von absichtlich herbeigeführten Erkrankungen und/oder selbst zu-

- gefügt Verletzungen, einschließlich Suizidversuch, unabhängig davon, ob das Hauptmitglied oder die versicherte Person psychisch gesund ist oder nicht
- Kosten für genetische Tests, sofern nicht anderweitig schriftlich vereinbart
- Behandlungen, die notwendig werden, weil ärztlicher Rat nicht eingeholt oder befolgt wurde oder als Folge einer Reise, die gegen ärztlichen Rat erfolgt ist
- Kosten im Zusammenhang mit Komplikationen, die unmittelbar durch eine Krankheit, Verletzung oder Behandlung bedingt ist, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist
- Verletzungen oder Behandlungen in Verbindung mit Profisport (Ausübung von oder Training für eine Sportart, für die die versicherte Person ein Gehalt oder eine finanzielle Entschädigung erhält, einschließlich Stipendien, Preisgeld oder Sponsoring) und die Folgen, sofern nicht anderweitig schriftlich vereinbart

GELTENDES RECHT

Diese Police unterliegt deutschem Recht und ist entsprechend diesem auszulegen.

Für alle Streitigkeiten aufgrund von oder im Zusammenhang mit dieser Police sind deutsche Gerichte zuständig. Ansprüche des Versicherers und/oder des Vertragsverwalters können vor den Gerichten erhoben werden, an denen das Hauptmitglied seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort hat. Die deutschen Gerichte sind jedoch zuständig, wenn das Hauptmitglied nach Beginn des Versicherungsschutzes gemäß der Police seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort an einen Ort außerhalb Deutschlands verlegt hat.

Die vorliegende Police kann in einer oder mehreren Exemplaren ausgefertigt werden, von denen jedes für alle Zwecke als Original des Vertrags zu betrachten ist, und jedes von ihnen stellt dieselbe Urkunde dar. Die Kapitel 1. – 7. gelten als in die vorliegende Police aufgenommen und bilden einen Teil derselben.

Die englische Fassung der allgemeinen Bedingungen dieser Police ist der abschließende und rechtsgültige Wortlaut und ist im Falle des Widerspruchs zu der deutschen Fassung allein maßgeblich. Die deutsche Fassung wird nur zu Informationszwecken zur Verfügung gestellt.

2. Begriffsbestimmung

Die in dieser Police verwendeten Worte und Ausdrücke haben die folgenden Bedeutungen:

Unfall

Jede unbeabsichtigte Körperverletzung, die das Hauptmitglied oder die andere versicherte Person erleidet und die auf eine plötzliche und unerwartete Einwirkung einer äußeren Ursache unter Ausschluss einer akuten oder chronischen Erkrankung zurückzuführen ist.

Antragsformular

Ein Antragsformular, um Hauptmitglied gemäß der Police zu werden. Das Antragsformular wird mit allen erforderlichen Details ausgefüllt, einschließlich der Namen jeder versicherten Person, für die Versicherungsschutz gemäß der Police des Hauptmitglieds beantragt wird, und Angaben zur Gesundheit sowie des Verzichts auf die ärztliche Schweigepflicht, der von dem Hauptmitglied und (gegebenenfalls) jeder anderen versicherten Person über 18 Jahre unterzeichnet wird. Eine von dem Antragsteller telefonisch abgegebene Erklärung wird als gültige Unterschrift angesehen, wenn der Anruf mit Zustimmung des Hauptmitglieds aufgezeichnet wird.

Entbindungskosten

Behandlungskosten, die in Verbindung mit einer normalen vaginalen Entbindung sowie einem Kaiserschnitt entstehen, sofern dieser medizinisch notwendig ist. Komplikationen werden durch die Leistung „Krankenhausaufenthalt“ abgedeckt.

Kinderbetreuungskosten

Kosten für Babysitting, Tagesbetreuung, Tagesmutter und/oder sonstige Kosten im Zusammenhang mit der Beaufsichtigung eines oder mehrerer unter 18-jähriger Kinder einer versicherten Person in folgenden Fällen:

1. Wenn das Kind/die Kinder im Bestimmungsland bleiben, während sich sowohl die versicherte Person als auch ihr(e) Partner(in) aufgrund einer medizinischen Behandlung außerhalb des Bestimmungslandes aufhalten
2. Während eines versicherten Krankenhausaufenthalts der versicherten Person mit Ausnahme des versicherten Kinds/der versicherten Kinder oder
3. Wenn das Kind/die Kinder die versicherte Person oder ihre(n) Partner(in) während einer versicherten verzögerten Rückreise nicht begleiten.

Zuzahlung

Ein fester Betrag oder ein prozentualer Anteil der Kosten einer versicherten Leistung, den die versicherte Person zum Zeitpunkt der Behandlung direkt an den Leistungserbringer zahlt, wie in der Leistungstabelle dargestellt.

Die Zuzahlung ist nicht an die Selbstbeteiligung gebunden.

Selbstbehalt

Der prozentuale Anteil der Kosten einer versicherten Leistung, den die versicherte Person zu zahlen hat. Die versicherte Person teilt sich diese Kosten mit dem Versicherer. Der von einer versicherten Person getragene Selbstbehalt kann auf einen Höchstbetrag begrenzt sein, der in der Leistungstabelle genannt ist.

Krankenbesuche für Angehörige

Flug- und Hotelkosten für eine Reise eines Familienangehörigen zum Besuch der versicherten Person, die aktuell eine medizinische Behandlung wegen einer schweren Krankheit oder eines Unfalls erhält, die/der das Leben der versicherten Person gefährdet, oder wenn der Aufenthalt im Krankenhaus länger als sieben Tage andauert.

Angeborene Leiden

Jeder Geburtsfehler, jede Krankheit oder Erkrankung, Anomalie, Frühgeburt oder Fehlbildung, die bei der Geburt vorhanden ist, einschließlich damit verbundener Gesundheitsstörungen, unabhängig davon, ob sie diagnostiziert wurden oder nicht.

Bestimmungsland

Das Land außerhalb des Herkunftslandes und des Wohnsitzlandes (gegebenenfalls), das auf dem Antragsformular angegeben wurde und in dem sich die versicherte Person mehr als 60 (sechzig) aufeinander folgende Tage aufzuhalten beabsichtigt oder in dem das Hauptmitglied bereits seinen Wohnsitz hat, und auf der Grundlage dieser Informationen hat der Versicherer zugestimmt, sie in die Versicherungspolice aufzunehmen.

Wohnsitzland

Ein Land, in dem die versicherte Person ihren rechtmäßigen Wohnsitz hat und für das sie einen festen Wohnsitz hat (falls zutreffend).

Versicherte Person

Eine versicherte Person ist das Hauptmitglied und/oder die andere Person, die als unterhaltsberechtigter Person des Hauptmitglieds gemäß der hierin enthaltenen Definition durch den Versicherungsschutz des Hauptmitglieds versichert ist.

Eintritt des versicherten Ereignisses

Das Datum, an dem die versicherte Person tatsächlich eine medizinische Behandlung und/oder eine andere relevante Leistung erhalten hat.

Selbstbeteiligung auf stationäre Leistungen

Die Selbstbeteiligung gilt für jedes Versicherungsjahr und für jede versicherte Person. Sie gilt nur für Kosten im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung/einem Krankenhausaufenthalt. Sofern eine Selbstbeteiligung vereinbart wurde, werden erstattungsfähige Kosten im Rahmen dieser Police bis zu dem jeweiligen Höchstbetrag gemäß der Leistungstabelle gezahlt, die über die vereinbarte Selbstbeteiligung hinausgehen.

Verzögerung der Rückreise

Sollte sich die Rückreise in das Bestimmungsland einer versicherten Person aufgrund eines medizinischen Notfalls verzögern, der zur Reiseunfähigkeit führt, so werden die Mehrkosten für Umbuchung von Flügen bis zu den in der Leistungstabelle ausgewiesenen Höchstbeträgen gedeckt.

Unterhaltsberechtigter Person

Eine unterhaltsberechtigter Person wird wie folgt beschrieben:

a. Ehegatte/Ehegattin/Eingetragene(r)

Lebenspartner(in)
Ein(e) nicht rechtmäßig von dem Hauptmitglied getrennt lebende(r) Ehegatte/Ehegattin oder sein/ihre eingetragene(r) Lebenspartner(in) oder Lebensgefährte/Lebensgefährtin, der/die bei der zuständigen Aufsichtsbehörde eingetragen ist

b. Lebensgefährte/Lebensgefährtin (eheähnliche Lebensgemeinschaft)

Eine in einer rechtlich anerkannten eheähnlichen Beziehung mit dem Hauptversicherten zusammenlebende Person, wobei beide die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- beide Personen sind nicht ehelich gebunden und
- der Hauptversicherte hat das eheähnliche Zusammenleben dem Policeninhaber erklärt, der diese Informationen dem Versicherer zum Zeitpunkt der Eintragung zu übermitteln hat.

c. Unterhaltsberechtigtes Kind/Unterhaltsberechtigter Kinder

Das unverheiratete Kind/die unverheirateten Kinder des Hauptmitglieds und seines Ehegatten/seiner Ehegattin (oder eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin oder Lebensgefährten/Lebensgefährtin) bis zum Alter von 18 Jahren, die im Haushalt des Hauptmitglieds leben, wobei es keine Rolle spielt, ob es sich um eheliche, anerkannte, adoptierte oder angenom-

mene Kinder handelt, einschließlich Minderjähriger, die unter dem Schutz des Hauptmitglieds stehen.

- Die Altersgrenze von 18 Jahren wird für unterhaltsberechtigter Kinder, die ein Vollzeitstudium absolvieren, auf 24 Jahre ausgeweitet.
- Auf die Altersgrenze von 18 Jahren wird für behinderte unterhaltsberechtigter Kinder verzichtet, die von der zuständigen örtlichen Behörde als rechtmäßige Unterhaltsberechtigter des Hauptmitglieds anerkannt sind.

Kosten für Hundesitter

Kosten für einen Hundesitter oder eine Hundepension während eines versicherten Krankenhausaufenthalts einer versicherten Person, wenn niemand im Haushalt verfügbar ist.

Wahlbehandlung

Eine Behandlung oder Operation, deren Notwendigkeit voraussesehen war und bei der die Aufnahme in eine Klinik nicht aufgrund einer Einweisung durch die Notaufnahme als Notfall erfolgt ist, sondern aufgrund einer Einweisung durch einen ambulanten Facharzt (einschließlich der Ambulanz eines Krankenhauses).

Zahnärztliche Notfall-/Unfallbehandlung

Eine innerhalb von 15 (fünfzehn) Tagen nach einem Unfall durchgeführte Zahnbehandlung, die den Ersatz von verlorenen oder beschädigten natürlichen und gesunden Zähnen umfasst.

Notfall

Ein bei einem Unfall, einer Naturkatastrophe und/oder dem Ausbruch oder der plötzlichen Verschlechterung einer Krankheit, bei der die versicherte Person sofortige medizinische Maßnahmen und eine sofortige Behandlung benötigt, verwendeter Begriff. Unmittelbar heißt innerhalb von 48 (achtundvierzig) Stunden nach der unmittelbaren Ursache des Notfalls.

Gesundheits-Checks

Routinemäßige Screenings, Tests und Untersuchungen, die dem Alter gemäß ohne Vorhandensein klinischer Symptome durchgeführt werden. Dazu zählen:

- Ärztliche Untersuchung
- Vitalzeichen (Blutdruck, Puls, Atmung, Temperatur)
- Bluttest (Blutbild, Lipidprofil, Schilddrüsen-, Leber-, Nierenwerte)
- Kardiovaskuläre Untersuchung
- Krebsvorsorgeuntersuchung
- Pädiatrische Vorsorgeuntersuchung
- Hepatitis- und HIV-Test
- Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- Neurologische Untersuchung

Herkunftsland

Das auf dem Antragsformular als Herkunftsland angegebene Land, für das das Hauptmitglied einen Reisepass besitzt und/oder in dem das Hauptmitglied einen festen Wohnsitz hat.

Hospiz

Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung, Pflege und Begleitung unter der Voraussetzung, dass das Hospiz mit palliativmedizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll- oder teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte Person an einer Krankheit leidet, die progredient (d.h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und unheilbar ist, sodass eine stationäre palliativmedizinische Betreuung notwendig ist und bei der eine Lebenserwartung von nur wenigen Wochen oder Monaten besteht. Hospizleistungen werden unter anderem bei folgenden Krankheitsbildern gewährt:

- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen
- Endstadium einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung.

Krankenhaus

Eine medizinische, chirurgische oder psychiatrische Einrichtung, die von der örtlichen Behörde als öffentliches oder privates Krankenhaus anerkannt ist.

Krankenhausaufenthalt

Ein Aufenthalt in einem Krankenhaus zu diagnostischen Zwecken und/oder zur Durchführung einer Notfall- und/oder elektiven Operation, einschließlich Untersuchungen und/oder Medikamentenbehandlungen im Zusammenhang mit dem Zweck des Krankenhausaufenthalts, die alle durch einen behandelnden Arzt beaufsichtigt werden. Ein Krankenhausaufenthalt umfasst:

- Krankenhausaufenthalt in einer öffentlichen oder privaten Gesundheitseinrichtung
- Chirurgische Eingriffe während eines Krankenhausaufenthalts, einschließlich der im Zusammenhang mit einer Verletzung durchgeführten medizinischen Behandlung und unter Allgemein- oder Lokalanästhesie durchgeführten Operationen
- Nebenkosten von ärztlichen/ärztähnlichen Leistungen, die während des Krankenhausaufenthalts anfallen
- Patiententransport*
- Jede sonstige medizinische Behandlung in einem

Krankenhaus und

- MRT-, PET-Scans oder ähnliche bildgebende Untersuchungen

**Im Falle eines Krankenhausaufenthalts wird der Transport innerhalb desselben Landes zwischen der Wohnung des Patienten oder dem Unfallort und der nächstgelegenen, in demselben Land befindlichen medizinischen Einrichtung bezahlt. Er wird ebenfalls übernommen, wenn es der Zustand des Krankenhauspatienten erfordert, dass er von der ursprünglichen medizinischen Einrichtung in eine andere in der Nähe befindliche medizinische Einrichtung verlegt wird.*

Implantate

Zahnimplantate (Metall oder Keramik), die als Ersatz für eine Zahnwurzel oder in den zahnlosen Kiefer eingebettet werden.

Leistungserbringer innerhalb des Netzwerks

Ein Arzt, Krankenhaus oder sonstiger Leistungserbringer, der oder das einen Vertrag mit dem Vertragsverwalter geschlossen hat und dessen Name auf einer vom Vertragsverwalter erstellten, regelmäßig veröffentlichten Liste angegeben ist.

Stationäre Behandlung

Behandlung aus medizinischen Gründen, die normalerweise bedeutet, dass Sie über Nacht oder länger im Krankenhaus untergebracht werden (nicht während Sie in der Notaufnahme auf eine Behandlung warten oder auf eine Diagnose warten).

Versichertes Ereignis

Eine medizinische und/oder sonstige Dienstleistung, die für die versicherte Person aufgrund einer in der Leistungstabelle aufgeführten medizinischen Notwendigkeit erbracht wird.

Langzeitpflege

Dienstleistungen für eine versicherte Person, die sich nicht selbst versorgen kann und die Unterstützung eines Dritten benötigt, während sie sich in einem Krankenhaus, Hospiz oder Pflegeheim befindet oder in der Privatwohnung der versicherten Person gepflegt wird.

Massagen

Massagen sind nur abgedeckt, wenn sie von einem Arzt verschrieben und von einem Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (komplikationslos)

Ein normaler Schwangerschaftsverlauf der versicherten Person, einschließlich Überwachung der Schwangerschaft, Entbindung und Behandlung von Mutter und

Kind während des Krankenhausaufenthalts nach der Geburt, einschließlich der routinemäßigen postnatalen medizinischen Überwachung der Mutter. In dieser Angelegenheit ist ein „normaler Schwangerschaftsverlauf“ der Verlauf der Schwangerschaft bis zur Entbindung, bei dem über die routinemäßigen Kontrollen entsprechend den anerkannten Kriterien hinaus kein medizinischer Eingriff erforderlich ist, einschließlich eines vaginal entbundenen gesunden Kindes (einschließlich Zangengeburt oder Vakuumextraktion).

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Jeder abnorme Schwangerschaftsverlauf; ein Abort (außer aus persönlichen Gründen und/oder sozioökonomischen Gründen); eine anormale Entbindung. In diesem Zusammenhang gelten die folgenden medizinischen Situationen als Schwangerschaftskomplikationen: Präeklampsie, Toxämie, Niereninfektion, Schwangerschaftsdiabetes, Anämie, Blaseninfektion, Lage und/oder Ablösung der Plazenta, Gebärmutterriss, Infektion der Plazenta, Endometriose, Spätgeburt (42 Wochen oder mehr), Rh-Sensibilität im Blut des Fetus, vorzeitige Wehen, vorzeitiger Blasensprung (mehr als 12 Stunden vor der Geburt), der Gebärmutterhals dehnt sich nicht mehr, über 20 Stunden Geburtswehen, Totgeburt, ektopische Schwangerschaft, extremes Erbrechen oder damit verbundene oder ähnliche Erkrankungen. In diesem Zusammenhang gelten die folgenden Störungen als Komplikationen der Geburt und/oder des Fetus und/oder des Neugeborenen: Kaiserschnitt, anormale Lage des Fetus, Weheneinleitung aus medizinischen Gründen, Fruchtwasseranomalie, langsamer oder schneller Herzschlag, Nabelschnurvorfall, Fruchtwasserembolie, Geburtsgewicht unter 2 Kilogramm, Frühgeburt (vor der 37. Schwangerschaftswoche), Entbindung mit Vollnarkose der Mutter, Geburtsfehler oder damit verbundene oder ähnliche Erkrankungen.

Maximaler Selbstbehalt

Der Höchstbetrag des Selbstbehalts, den ein versichertes Mitglied gegebenenfalls während eines Vertragsjahres zu zahlen hat, wie in der Leistungstabelle dargestellt.

Medizinische Hilfsmittel

Als Hilfsmittel im Rahmen der ambulanten Behandlung gelten: Bandagen, Bruchbänder, Gehhilfen, Kompressionsstrümpfe, Kunstglieder/Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen), orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf). Einlagen zur Fußkorrektur sind nur im Rahmen des Executive-Plans erstattungsfähig. Folgende Hilfsmittel sind nur im Rahmen der vorherigen schriftlichen Leistungszusage erstattungsfähig: Rollstühle, Herz- und Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte. Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln sind im Rahmen der vorstehenden

Regelungen erstattungsfähig. Sonstige Mittel sind nur nach vorheriger Leistungszusage erstattungsfähig. Als Hilfsmittel gelten langlebige medizinische Geräte, die mehrfach verwendet werden können; verwendet werden, um einem medizinischen Zweck zu dienen; nicht verwendet werden, wenn keine Erkrankung, Gesundheitsstörung oder Verletzung vorliegt; und zur Benutzung zu Hause/im Alltag geeignet sind.

Medizinische Evakuierung und Rücktransport

Notfalltransport auf dem Luft- und/oder Seeweg infolge des Gesundheitszustands der versicherten Person in ein Krankenhaus oder zu einem Flugplatz, der dem Krankenhaus, an das die versicherte Person überwiesen oder ins Herkunftsland verlegt wird, am nächsten gelegen ist, alles nach dem Ermessen des Vertragsverwalters, einschließlich einer eventuellen Notevakuierung an Land, die vor oder nach dem Transport erforderlich ist.

Die Verpflichtung des Vertragsverwalters gemäß diesem Abschnitt gilt nur, wenn alle unten genannten kumulativen Bedingungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person benötigt eine wichtige medizinische Behandlung, um ihr Leben zu retten.
- Die Person kann die wichtige medizinische Behandlung an dem Ort, an dem sie sich befindet, nicht erhalten.
- Ein anderer Transport als eine Notevakuierung führt wahrscheinlich zum Tod der versicherten Person.
- Die in den vorstehenden Absätzen genannten Maßnahmen werden von einem Facharzt angefordert und nach dem Ermessen des Vertragsverwalters genehmigt.

Medizinischer Dienstleister/Medizinischer Leistungserbringer

Ärzte, die Behandlungsleistungen erbringen, und medizinische Dienstleister und Einrichtungen, die von der örtlichen Aufsichtsbehörde zugelassen sind.

Leistungserbringer außerhalb des Netzwerks

Ein Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer, der oder das keinen Vertrag mit dem Vertragsverwalter geschlossen hat.

Ambulante Behandlung

Medizinische Behandlung in einem Krankenhaus oder einer ambulanten Arztpraxis, die durch die örtlich zuständige Behörde als medizinische Einrichtungen anerkannt sind, in denen die versicherte Person die Behandlung entsprechend den Bedingungen dieser Police erhält. Ambulante Tagesbehandlungen, die länger als 4 Stunden dauern (d. h. Dialyse), gelten als stationäre Behandlungen.

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente

Arzneimittel, die in dem Land, in dem sie gekauft werden rezeptfrei erhältlich sind.

Partner(in)

Ehegatte/Ehegattin, eingetragene(r) Lebenspartner(in) oder Lebensgefährte/Lebensgefährtin gemäß der vorstehenden Beschreibung.

Frühere Gesundheitsstörung/Vorerkrankung

Eine vor Ausfüllen des Antragsformulars diagnostizierte Gesundheitsstörung. Die Diagnose kann in Form einer dokumentierten medizinischen Diagnose (keine Befristung) oder einer dokumentierten medizinischen Behandlung vorliegen, die in den sechs Monaten vor dem Datum der Einreichung des Antragsformulars durchgeführt wurde.

Hauptmitglied

Die Person, die das Antragsformular ausgefüllt hat, die von der Association für den Versicherungsschutz der Police zugelassen wurde und die der Hauptversicherte gemäß der Police ist.

Psychiatrische Behandlung

Medizinisch erforderliche Therapie zur Behandlung eines diagnostizierten psychischen Zustands der versicherten Person, einschließlich Essstörungen, durch eine Person, die in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, über die gesetzlich erforderliche Qualifikation verfügt und als Psychiater zugelassen ist.

Psychotherapeutische Behandlung

Medizinisch erforderliche Therapie zur Behandlung eines diagnostizierten psychischen Zustands der versicherten Person, die durch eine Person erbracht wird, die in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, über die gesetzlich erforderliche Qualifikation verfügt und als Psychotherapeut zugelassen ist.

Rückführung der sterblichen Überreste

Dies umfasst die Rückführung der sterblichen Überreste der versicherten Person in ihr Herkunftsland.

Ersatz-Krankenhaustagegeld

Ein durch die Police für jeden Tag, der tatsächlich im Krankenhaus verbracht wurde, zahlbarer Betrag, falls eine versicherte Person keine Leistungen aus der Police für eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung beansprucht, die ansonsten gemäß der Police versichert wäre.

Transplantationen

Transplantationen unterliegen der vorherigen Genehmigung des Vertragsverwalters und sind bei einem Leistungserbringer innerhalb des Netzwerks durchzuführen. Die in der Leistungstabelle aufgeführten Leistungshöchstbeträge umfassen die Beurteilung durch einen Facharzt vor der Transplantation, das Transplantationsverfahren, eventuelle Folgebehandlungen und die Kosten der Beschaffung des Organs in einem Krankenhaus mit Ausnahme eines tatsächlichen Kaufs oder Erwerbs eines Organs oder Gewebes.

Wartezeit

Jeder in Tagen oder Monaten angegebene Zeitraum, der am Tag des Inkrafttretens der Police beginnt und in dem die versicherte Person für bestimmte medizinische Dienstleistungen entsprechend der Leistungstabelle möglicherweise nicht versichert ist.

3. Leistungstabellen

Global / Individual

	Expat Basic	Expat Comprehensive	Executive
Medizinische Leistungen		Höchstbetrag	
Jahreshöchstbetrag pro Versicherungsjahr	1.000.000 €	3.500.000 €	5.000.000 €
24/7 ASSISTANCE-LEISTUNGEN			
24-stündiger Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten	✓	✓	✓
Informationen über die medizinische Infrastruktur (ärztliche Versorgung vor Ort und Benennung mehrsprachiger Ärzte)	✓	✓	✓
Medizinische Evakuierung und Rücktransport (nur mit Anbietern innerhalb des eigenen Netzwerks, koordiniert durch den Versicherer)	✓	✓	✓
Betreuung und Information durch unseren ärztlichen Dienst (ärztliche Zweitmeinung, Beobachtung des Krankheitsverlaufs)	✓	✓	✓
Kostenübernahmegarantie (Vorbereitung des Krankenhausaufenthalts)	✓	✓	✓
Online-Service	✓	✓	✓
Zusätzliche, medizinisch sinnvolle Unterstützung (Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten der Erkrankung)	✓	✓	✓
Hilfe bei eventuell durch den Aufenthalt im Bestimmungsland verursachten psychischen Problemen	✗	✗	✓
Transport zum Krankenhaus im Notfall	✓	✓	✓
STATIONÄRE BEHANDLUNG			
Unterkunft	Unterkunft im Zweibettzimmer	Unterkunft im Zweibettzimmer	Unterkunft im Einbettzimmer
Behandlungskosten, Operationen und Anästhesie	✓	✓	✓
Bildgebende Diagnostik – ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen	✓	✓	✓
Stationersetzende ambulante Operationen	✓	✓	✓
Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes	✓	✓	✓
Langzeitpflege	bis zu 20 Tage	bis zu 40 Tage	bis zu 60 Tage

Global / Individual

	Expat Basic	Expat Comprehensive	Executive
Medizinische Leistungen		Höchstbetrag	
Jahreshöchstbetrag pro Versicherungsjahr	1.000.000 €	3.500.000 €	5.000.000 €
Dialyse	✗	✓	✓
Knochenmark- und Organtransplantationen	bis zu 150.000 € über die gesamte Lebensdauer	bis zu 250.000 € über die gesamte Lebensdauer	✓
Onkologische Medikamente und Behandlung, einschließlich rekonstruktiver Operationen bei Brustkrebs	✓	✓	✓
Ersatz-Krankenhaustagegeld	✗	✗	bis zu 100 € pro Nacht
Behandlung von psychischen oder neurologischen Erkrankungen (nach vorheriger Leistungszusage, Wartezeit von 12 Monaten)	Psychiatrische Behandlung bis zu 5.000 € oder bis zu 30 Tage/max. 15.000 € über die gesamte Lebensdauer oder bis zu 90 Tage (es gilt, was früher erreicht wird)	bis zu 10.000 € pro Jahr	✓
Physiotherapie, inklusive Massagen (nach vorheriger Leistungszusage)	✓	✓	✓
Andere stationäre Therapien (inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinischer Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, kardiologischer Rehabilitation)	✓	✓	✓
Verordnete medizinische Hilfsmittel	Wenn als lebenserhaltende Maßnahme notwendig, z. B. Herzschrittmacher	Wenn als lebenserhaltende Maßnahme notwendig, z. B. Herzschrittmacher. Hilfsmittel wie Kunstglieder/Prothesen: bis zu 5.000 €	Wenn als lebenserhaltende Maßnahme notwendig, z. B. Herzschrittmacher. Hilfsmittel wie Kunstglieder/Prothesen: bis zu 5.000 €
Verordnete Arznei- und Verbandsmittel im Rahmen einer stationären Behandlung	✓	✓	✓
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall	✓	✓	✓
AMBULANTE BEHANDLUNG			
Medizinische Behandlung	versichert wie unten angegeben	versichert wie unten angegeben	versichert wie unten angegeben
Arztbesuche	Haus-/Allgemeinarzt: abgedeckt. Facharzt: bis zu 2.000 €	✓	✓
Schwere Krankheit, im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung	✗	✓	✓
Krebstherapie	✓	✓	✓
Behandlung chronischer Krankheiten	✗	✓	✓

	Expat Basic	Expat Comprehensive	Executive
Medizinische Leistungen		Höchstbetrag	
Jahreshöchstbetrag pro Versicherungsjahr	1.000.000 €	3.500.000 €	5.000.000 €
Bildgebende Diagnostik – ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen	bis zu 1.000 €	✓	✓
Psychiatrische Leistungen	bis zu 1.000 € nach vorheriger Leistungszusage, Wartezeit von 12 Monaten	bis zu 1.500 € nach vorheriger Leistungszusage, Wartezeit von 12 Monaten	✓
Psychotherapie	✗	✗	nur durch zugelassenen Psychiater, Wartezeit von 12 Monaten
Physiotherapie, inklusive Massagen	bis zu 5 Besuche, max. 70 € pro Besuch (kombiniert mit Akupunktur/ Homöopathie-Leistungen)	Bis zu 10 Besuche, max. 70 € pro Besuch (kombiniert mit Akupunktur/ Homöopathie-Leistungen)	bis zu 12 Besuche (kombiniert mit Akupunktur/ Homöopathie-Leistungen)
Andere ambulante Therapien	✗	✗	bis zu 12 Sitzungen
Sprachtherapie	✗	✗	Wartezeit von 12 Monaten, bis zu 30 Sitzungen nach vorheriger Leistungszusage
Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie, Chiropraktik und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) ¹ , Reflexologie	bis zu 5 Besuche, max. 50 € pro Besuch (kombiniert mit Physiotherapie); Wartezeit von 4 Monaten	bis zu 10 Besuche, max. 70 € pro Besuch (kombiniert mit Physiotherapie); Wartezeit von 4 Monaten	bis zu 12 Besuche (kombiniert mit Physiotherapie) nach vorheriger Leistungszusage
Verordnete medizinische Hilfsmittel	bis zu 750 €	bis zu 5.000 €	bis zu 5.000 €
Sehhilfen und Sehtest	1 Sehtest beim Augenoptiker, bis zu 30 €	Sehtest beim Augenoptiker und Sehhilfen bis zu 50 € pro Jahr	bis zu 300 € über einen Zeitraum von 24 Monaten, Augenuntersuchung bis zu 200 € pro Jahr
Hörgeräte	✗	✗	Wartezeit von 48 Monaten, falls nicht durch Unfall verursacht, bis zu 5.000 € über die gesamte Lebensdauer
Verschreibungspflichtige Arzneimittel im Rahmen einer ambulanten Behandlung	bis zu 10.000 €	bis zu 50.000 €	bis zu 50.000 €
Nicht verschreibungspflichtige Medikamente	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 100 €
Medikamentöse Therapie von HIV und AIDS, inklusive ART (antiretrovirale Therapie)	bis zu 50.000 €	bis zu 50.000 €	✓
Transport zum nächstreichbaren geeigneten Arzt zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall	✓	✓	✓

¹ TCM in China mit neuer Leistungszusage alle 10 Sitzungen

	Expat Basic	Expat Comprehensive	Executive
Medizinische Leistungen		Höchstbetrag	
Jahreshöchstbetrag pro Versicherungsjahr	1.000.000 €	3.500.000 €	5.000.000 €
SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG (WARTEZEIT VON 12 MONATEN)			
Ambulante und stationäre Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers	✗	bis zu 5.000 € pro Geburt, Kaiserschnitt nur versichert, wenn medizinisch notwendig	bis zu 25.000 € pro Geburt, Kaiserschnitt nur versichert, wenn medizinisch notwendig
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen	✗	bis zu 100.000 €	✓
Pauschalzahlung bei ambulanter Entbindung	✗	✗	Pauschale von 500 € je Neugeborenes
Neugeborenenpflege (Vorbehaltlich max. Zuschlag von 100%, wenn Antrag innerhalb von 60 Tagen nach Geburt gestellt wurde und Wartezeit erfüllt ist)	✗	Durch die Versicherung des Kindes abgedeckt.	Durch die Versicherung des Kindes abgedeckt.
Angeborene Leiden des Neugeborenen	✗	✓	✓
Unfruchtbarkeitsbehandlung	✗	✗	bis zu 5.000 € über die gesamte Lebensdauer
WELLNESS			
Vorsorgeuntersuchungen für Kinder	✗	✓	✓
Gesundheits-Checks (Erwachsene)	1 pro Jahr, bis zu 150 €	bis zu 200 €	bis zu 1.000 €
Schutzimpfungen und Immunisierungen (Erwachsene)	bis zu 100 €	bis zu 200 €	bis zu 500 €
Schutzimpfungen und Immunisierungen (Kinder)	bis zu 100 €	✓	✓
REHABILITATION UND PFLEGE			
Stationäre Anschlussrehabilitation	bis zu 21 Tage nach vorheriger Leistungszusage	bis zu 30 Tage nach vorheriger Leistungszusage	bis zu 30 Tage nach vorheriger Leistungszusage
Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung anstelle eines Krankenhausaufenthalts	bis zu 14 Tage	bis zu 30 Tage	bis zu 30 Tage
Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlung	✗	✓	✓
Chronische Krankheiten	✗	✓	✓
Hospiz (nach vorheriger Leistungszusage)	bis zu 5 Wochen	bis zu 10 Wochen	✓

	Expat Basic	Expat Comprehensive	Executive
Medizinische Leistungen		Höchstbetrag	
Jahreshöchstbetrag pro Versicherungsjahr	1.000.000 €	3.500.000 €	5.000.000 €
ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN			
Zahnärztliche Notfall-/ Unfallbehandlung	bis zu 3.000 € nur Schmerzbehandlung	bis zu 6.000 €	bis zu 6.000 €
ZUSÄTZLICHE ASSISTANCE-LEISTUNGEN, RÜCKTRANSPORT UND DECKUNG AUSSERHALB DES BESTIMMUNGSLANDES			
Rückreise in das Bestimmungs- land nach Evakuierung/Rück- transport	bis zu 2.000 € pro Familie	bis zu 2.000 € pro Familie	bis zu 2.000 € pro Familie
Notfallbehandlung außerhalb des geografischen Geltungsbereichs	Abdeckung für 60 Tage	Abdeckung für 60 Tage	Abdeckung für 60 Tage
Rückreise der begleitenden mitversicherten Person in das Bestimmungsland im Falle einer Evakuierung der versi- cherten Person bei einer Reise	✗	bis zu 1.000 €	bis zu 2.000 €
Rückreise des begleitenden Kindes oder der begleitenden Kinder in das Herkunftsland, wenn die versicherte Person evakuiert/rückgeführt wird	✗	✗	bis zu 2.000 € pro Familie
Kinderbetreuungskosten	150 € pro Tag, bis zu 4 Tage	300 € pro Tag, bis zu 4 Tage	300 € pro Tag, bis zu 8 Tage
Kosten für Hundesitter	bis zu 50 € pro Tag, bis zu 4 Tage	bis zu 50 € pro Tag, bis zu 4 Tage	bis zu 50 € pro Tag, bis zu 4 Tage
Krankenbesuche für Angehörige	✗	✗	1 Reise pro Erkrankung, bis zu 1.500 €
Verzögerung der Rückreise	✗	✗	bis zu 4.000 €
Rücktransport in das Herkunfts- land bei Überschreitung des Jahreshöchstbetrags	Gilt nur für die versicherte Person und nur für ambulante Behandlungen, deren Kosten 10.000 € übersteigen und die im Executive-Plan abgedeckt sind. Aufwendungen bis zu 2.000 € werden erstattet.	✓	✓
Überführung der sterblichen Überreste	bis zu 20.000 €	bis zu 20.000 €	bis zu 20.000 €

Die genannten Beträge gelten - soweit nicht anders festgelegt - pro Person und Versicherungsjahr.
Alle Leistungen unterliegen den Versicherungsbedingungen und Ausschlüssen und sind begrenzt auf die üblichen, zweckmäßigen und angemessenen Kosten.



Optional: Zahnbehandlung (Wartezeit 6 Monate)

Kann zum „Expat Comprehensive“- oder „Executive“-Plan zugefügt werden. Zahnärztliche Behandlungen bedürfen vorheriger Leistungszusage.

LEISTUNGEN	Option 1: bis zu 2.000 € pro Versicherungsjahr (im 1. Jahr: 1.000 €)	Option 2: bis zu 5.000 € pro Versicherungsjahr (im 1. Jahr: 2.500 €)
ALLGEMEINE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN		
Zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen oder Kontrollen pro Versicherungsjahr	✓	✓
Röntgenuntersuchung	✓	✓
Zahnsteinentfernung und Polieren	✗	✓
Leistungen bei Mundschleimhaut- und Zahnfleischerkrankungen	✗	✓
Einfache Füllungen	✓	✓
Chirurgische Leistungen, Extraktionen, Wurzelkanalbehandlungen	✗	✓
UMFASSENDE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN		
Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken, Kronen, Inlays)	✗	20% Zuzahlung; bis zu 500 € pro Zahn
Implantologische Leistungen	✗	20% Zuzahlung; bis zu 4 Implantate pro Kiefer und der darauf zu befestigende Zahnersatz, über die gesamte Lebensdauer
Nachtschiene	✗	20% Zuzahlung
Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien	✗	20% Zuzahlung
Heil- und Kostenplan	✗	20% Zuzahlung

Die genannten Beträge gelten - soweit nicht anders festgelegt - pro Person und Versicherungsjahr.
Alle Leistungen unterliegen den Versicherungsbedingungen und Ausschlüssen und sind begrenzt auf die üblichen, zweckmäßigen und angemessenen Kosten.

	Expat Basic	Expat Comprehensive	Executive
Medizinische Leistungen		Höchstbetrag	
Jahreshöchstbetrag pro Versicherungsjahr	1.500.000 \$	3.500.000 \$	5.000.000 \$
ERSTATTUNGSGRUNDLAGE			
Innerhalb des Netzwerks	80%	90%	100%
Außerhalb des Netzwerks	60%	70%	80%
MAXIMALER SELBSTBEHALT			
Innerhalb des Netzwerks pro Versicherungsjahr	10.000 \$	5.000 \$	n/a
24/7 ASSISTANCE-LEISTUNGEN			
24-stündiger Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten	✓	✓	✓
Informationen über die medizinische Infrastruktur (ärztliche Versorgung vor Ort und Benennung mehrsprachiger Ärzte)	✓	✓	✓
Medizinische Evakuierung und Rücktransport (nur mit Anbietern innerhalb des eigenen Netzwerks, koordiniert durch den Versicherer)	✓	✓	✓
Betreuung und Information durch unseren ärztlichen Dienst (ärztliche Zweitmeinung, Beobachtung des Krankheitsverlaufs)	✓	✓	✓
Kostenübernahmegarantie (Vorbereitung des Krankenhausaufenthalts)	✓	✓	✓
Online-Service	✓	✓	✓
Zusätzliche, medizinisch sinnvolle Unterstützung (Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten der Erkrankung)	✓	✓	✓
Hilfe bei eventuell durch den Aufenthalt im Bestimmungsland verursachten psychischen Problemen	✗	✗	✓
Transport zum Krankenhaus im Notfall	✓	✓	✓
STATIONÄRE BEHANDLUNG			
Unterkunft	Unterkunft im Zweibettzimmer	Unterkunft im Zweibettzimmer	Unterkunft im Einbettzimmer
Behandlungskosten, Operationen und Anästhesie	✓	✓	✓
Bildgebende Diagnostik – ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen	✓	✓	✓

	Expat Basic	Expat Comprehensive	Executive
Medizinische Leistungen		Höchstbetrag	
Jahreshöchstbetrag pro Versicherungsjahr	1.500.000 \$	3.500.000 \$	5.000.000 \$
Stationärer Aufenthalt			
Stationersetzende ambulante Operationen	✓	✓	✓
Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes	✓	✓	✓
Langzeitpflege	bis zu 20 Tage	bis zu 40 Tage	bis zu 60 Tage
Dialyse	✗	✓	✓
Knochenmark- und Organtransplantationen	bis zu 150.000 \$ über die gesamte Lebensdauer	bis zu 250.000 \$ über die gesamte Lebensdauer	✓
Onkologische Medikamente und Behandlung, einschließlich rekonstruktiver Operationen bei Brustkrebs	✓	✓	✓
Ersatz-Krankenhaustagegeld	✗	✗	bis zu 100 \$ pro Nacht
Behandlung von psychischen oder neurologischen Erkrankungen (nach vorheriger Leistungszusage, Wartezeit von 12 Monaten)	Psychiatrische Behandlung bis zu 5.000 \$ oder bis zu 30 Tage/max. 15.000 \$ über die gesamte Lebensdauer oder bis zu 90 Tage (es gilt, was früher erreicht wird)	bis zu 10.000 \$ pro Jahr	✓
Physiotherapie, inklusive Massagen (nach vorheriger Leistungszusage)	✓	✓	✓
Andere stationäre Therapien (inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinischer Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrophysiotherapie, kardiologischer Rehabilitation)	✓	✓	✓
Verordnete medizinische Hilfsmittel	Wenn als lebenserhaltende Maßnahme notwendig, z. B. Herzschrittmacher	Wenn als lebenserhaltende Maßnahme notwendig, z. B. Herzschrittmacher. Hilfsmittel wie Kunstglieder/Prothesen: bis zu 5.000 \$	Wenn als lebenserhaltende Maßnahme notwendig, z. B. Herzschrittmacher. Hilfsmittel wie Kunstglieder/Prothesen: bis zu 5.000 \$
Verordnete Arznei- und Verbandsmittel im Rahmen einer stationären Behandlung	✓	✓	✓
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall	✓	✓	✓
AMBULANTE BEHANDLUNG			
Medizinische Behandlung	versichert wie unten angegeben	versichert wie unten angegeben	versichert wie unten angegeben
Arztbesuche	Haus-/Allgemeinarzt: abgedeckt. Facharzt: bis zu 2.000 \$	✓	✓

	Expat Basic	Expat Comprehensive	Executive
Medizinische Leistungen		Höchstbetrag	
Jahreshöchstbetrag pro Versicherungsjahr	1.500.000 \$	3.500.000 \$	5.000.000 \$
Schwere Krankheit, im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung	✗	✓	✓
Krebstherapie	✓	✓	✓
Behandlung chronischer Krankheiten	✗	✓	✓
Bildgebende Diagnostik - ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen	bis zu 1.000 \$	✓	✓
Psychiatrische Leistungen	bis zu 1.000 \$ nach vorheriger Leistungszusage, Wartezeit von 12 Monaten	bis zu 1.500 \$ nach vorheriger Leistungszusage, Wartezeit von 12 Monaten	✓
Psychotherapie	✗	✗	nur durch zugelassenen Psychiater, Wartezeit von 12 Monaten
Physiotherapie, inklusive Massagen	bis zu 5 Besuche, max. 70 \$ pro Besuch (kombiniert mit Akupunktur/ Homöopathie-Leistungen)	bis zu 10 Besuche, max. 70 \$ pro Besuch (kombiniert mit Akupunktur/ Homöopathie-Leistungen)	bis zu 12 Besuche (kombiniert mit Akupunktur/ Homöopathie-Leistungen)
Andere ambulante Therapien	✗	✗	bis zu 12 Sitzungen
Sprachtherapie	✗	✗	Wartezeit von 12 Monaten, bis zu 30 Sitzungen nach vorheriger Leistungszusage
Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie, Chiropraktik und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) ² , Reflexologie	bis zu 5 Besuche, max. 50 \$ pro Besuch (kombiniert mit Physiotherapie); Wartezeit von 4 Monaten	bis zu 10 Besuche, max. 70 \$ pro Besuch (kombiniert mit Physiotherapie); Wartezeit von 4 Monaten	bis zu 12 Besuche (kombiniert mit Physiotherapie) nach vorheriger Leistungszusage
Verordnete medizinische Hilfsmittel	bis zu 750 \$	bis zu 5.000 \$	bis zu 5.000 \$
Sehhilfen und Sehtest	1 Sehtest beim Augenoptiker pro Jahr, bis zu 30 \$	Sehtest beim Augenoptiker und Sehhilfen bis zu 50 \$ pro Jahr	bis zu 300 \$ über einen Zeitraum von 24 Monaten, Augenuntersuchung bis zu 200 \$ pro Jahr
Hörgeräte	✗	✗	Wartezeit von 48 Monaten, falls nicht durch Unfall verursacht, bis zu 5.000 \$ über die gesamte Lebensdauer
Verschreibungspflichtige Arzneimittel im Rahmen einer ambulanten Behandlung (Generika-Substitution außer bei DAW ³ -Verschreibung; 2 Monate Zuzahlung für 3 Monatsdosen über Versandhandel)	bis zu 100.000 \$; 10 \$ Zuzahlung für Marken-Arzneien; keine Zuzahlung für Generika	bis zu 100.000 \$; 10 \$ Zuzahlung für Marken-Arzneien; keine Zuzahlung für Generika	bis zu 100.000 \$; 10 \$ Zuzahlung für Marken-Arzneien; keine Zuzahlung für Generika
Nicht verschreibungspflichtige Medikamente	bis zu 50 \$; 10 \$ Zuzahlung für Marken-Arzneien; keine Zuzahlung für Generika	bis zu 50 \$; 10 \$ Zuzahlung für Marken-Arzneien; keine Zuzahlung für Generika	bis zu 200 \$; 10 \$ Zuzahlung für Marken-Arzneien; keine Zuzahlung für Generika
Medikamentöse Therapie von HIV und AIDS, inklusive ART (antiretrovirale Therapie)	bis zu 100.000 \$	bis zu 100.000 \$	✓

² TCM in China mit neuer Leistungszusage alle 10 Sitzungen; ³Marken-Arzneien werden bis zu dem Preis des Generikums übernommen, sofern kein DAW-Rezept vorliegt. 10 \$ Zuzahlung gilt für alle Marken- Arzneien, unabhängig von der Art der Verschreibung.

	Expat Basic	Expat Comprehensive	Executive
Medizinische Leistungen		Höchstbetrag	
Jahreshöchstbetrag pro Versicherungsjahr	1.500.000 \$	3.500.000 \$	5.000.000 \$
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall	✓	✓	✓
SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG (WARTEZEIT VON 12 MONATEN)			
Ambulante und stationäre Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers	✗	bis zu 10.000 \$ pro Geburt; Kaiserschnitt nur versichert, wenn medizinisch notwendig	bis zu 25.000 \$ pro Geburt; Kaiserschnitt nur versichert, wenn medizinisch notwendig
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen	✗	bis zu 200.000 \$	✓
Pauschalzahlung bei ambulanter Entbindung	✗	✗	Pauschale von 500 \$ je Neugeborenes
Neugeborenenpflege (Vorbehaltlich max. Zuschlag von 100%, wenn Antrag innerhalb von 60 Tagen nach Geburt gestellt wurde und Wartezeit erfüllt ist)	✗	Durch die Versicherung des Kindes abgedeckt.	Durch die Versicherung des Kindes abgedeckt.
Angeborene Leiden des Neugeborenen	✗	✓	✓
Unfruchtbarkeitsbehandlung	✗	✗	bis zu 10.000 \$ über die gesamte Lebensdauer
WELLNESS			
Vorsorgeuntersuchungen für Kinder	✗	✓	✓
Gesundheits-Checks (Erwachsene)	1 pro Jahr, bis zu 250 \$	bis zu 400 \$	bis zu 2.000 \$
Schutzimpfungen und Immunisierungen (Erwachsene)	bis zu 100 \$	bis zu 200 \$	bis zu 1.000 \$
Schutzimpfungen und Immunisierungen (Kinder)	bis zu 100 \$	✓	✓
REHABILITATION UND PFLEGE			
Stationäre Anschlussrehabilitation	bis zu 21 Tage nach vorheriger Leistungszusage	bis zu 30 Tage nach vorheriger Leistungszusage	bis zu 30 Tage nach vorheriger Leistungszusage
Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung anstelle eines Krankenhausaufenthalts	bis zu 14 Tage	bis zu 30 Tage	bis zu 30 Tage
Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlung	✗	✓	✓
Chronische Krankheiten	✗	✓	✓
Hospiz (nach vorheriger Leistungszusage)	bis zu 5 Wochen	bis zu 10 Wochen	✓

	Expat Basic	Expat Comprehensive	Executive
Medizinische Leistungen		Höchstbetrag	
Jahreshöchstbetrag pro Versicherungsjahr	1.500.000 \$	3.500.000 \$	5.000.000 \$
ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN			
Zahnärztliche Notfall-/ Unfallbehandlung	bis zu 5.000 \$ nur Schmerzbehandlung	bis zu 8.000 \$	bis zu 8.000 \$
ZUSÄTZLICHE ASSISTANCE-LEISTUNGEN, RÜCKTRANSPORT UND DECKUNG AUSSERHALB DES BESTIMMUNGSLANDES			
Rückreise in das Bestimmungs-land nach Evakuierung/ Rücktransport	bis zu 2.000 \$ pro Familie	bis zu 2.000 \$ pro Familie	bis zu 2.000 \$ pro Familie
Notfallbehandlung außerhalb des geografischen Geltungsbereichs	Abdeckung für 60 Tage	Abdeckung für 60 Tage	Abdeckung für 60 Tage
Rückreise der begleitenden mitversicherten Person in das Bestimmungsland im Falle einer Evakuierung der versicherten Person bei einer Reise	✗	bis zu 1.200 \$	bis zu 2.400 \$
Rückreise des begleitenden Kindes oder der begleitenden Kinder in das Herkunftsland, wenn die versicherte Person evakuiert/rückgeführt wird	✗	✗	2.400 \$ pro Familie
Kinderbetreuungskosten	200 \$ pro Tag, bis zu 4 Tage	400 \$ pro Tag, bis zu 4 Tage	400 \$ pro Tag, bis zu 8 Tage
Kosten für Hundesitter	bis zu 50 \$ pro Tag, bis zu 4 Tage	bis zu 50 \$ pro Tag, bis zu 4 Tage	bis zu 50 \$ pro Tag, bis zu 4 Tage
Krankenbesuche für Angehörige	✗	✗	1 Reise pro Erkrankung, bis zu 2.000 \$
Verzögerung der Rückreise	✗	✗	bis zu 4.000 \$
Rücktransport in das Herkunftsland bei Überschreitung des Jahreshöchstbetrags	Gilt nur für die versicherte Person und nur für ambulante Behandlungen, deren Kosten 10.000 \$ übersteigen und die im Executive-Plan abgedeckt sind. Aufwendungen bis zu 2.000 \$ werden erstattet	✓	✓
Überführung der sterblichen Überreste	bis zu 20.000 \$	bis zu 20.000 \$	bis zu 20.000 \$

Die genannten Beträge gelten - soweit nicht anders festgelegt - pro Person und Versicherungsjahr.
Alle Leistungen unterliegen den Versicherungsbedingungen und Ausschlüssen und sind begrenzt auf die üblichen, zweckmäßigen und angemessenen Kosten.



Optional: Zahnbehandlung (Wartezeit 6 Monate)

Kann zum „Expat Comprehensive“- oder „Executive“-Plan zugefügt werden. Zahnärztliche Behandlungen bedürfen vorheriger Leistungszusage.
Ambulante zahnärztliche Leistungen in den USA sind außerhalb des Netzwerks, es gilt die entsprechende Erstattungsgrundlage.

LEISTUNGEN	Option 1: bis zu 2.000 \$ pro Versicherungsjahr (im 1. Jahr: 1.000 \$)	Option 2: bis zu 5.000 \$ pro Versicherungsjahr (im 1. Jahr: 2.500 \$)
ALLGEMEINE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN		
Zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen oder Kontrollen pro Versicherungsjahr	✓	✓
Röntgenuntersuchung	✓	✓
Zahnsteinentfernung und Polieren	✗	✓
Leistungen bei Mundschleimhaut- und Zahnfleischerkrankungen	✗	✓
Einfache Füllungen	✓	✓
Chirurgische Leistungen, Extraktionen, Wurzelkanalbehandlungen	✗	✓
UMFASSENDE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN		
Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken, Kronen, Inlays)	✗	20% Zuzahlung; bis zu 500 \$ pro Zahn
Implantologische Leistungen	✗	20% Zuzahlung; bis zu 4 Implantate pro Kiefer und der darauf zu befestigende Zahnersatz, über die gesamte Lebensdauer
Nachtschiene	✗	20% Zuzahlung
Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien	✗	20% Zuzahlung
Heil- und Kostenplan	✗	20% Zuzahlung

Die genannten Beträge gelten - soweit nicht anders festgelegt - pro Person und Versicherungsjahr.
Alle Leistungen unterliegen den Versicherungsbedingungen und Ausschlüssen und sind begrenzt auf die üblichen, zweckmäßigen und angemessenen Kosten.

4. Datenschutzerklärung des Versicherers

MGEN Portugal ist eine in Portugal zugelassene Versicherungsgesellschaft, die grenzüberschreitende Versicherungsprodukte und -leistungen anbietet. Die **Association** hat als Policeninhaber im eigenen Namen, aber zum Nutzen ihrer Mitglieder, den vorliegenden Gruppenversicherungsvertrag bei dem Versicherer MGEN Portugal über die Assistance-Leistungen und die medizinischen Leistungen gemäß dieser Police abgeschlossen.

Der vorliegende Vertrag setzt die Verordnungen und Vorschriften über den Schutz personenbezogener Daten und über die Erhebung, Verarbeitung und Verwendung personenbezogener Daten bei der Erfüllung und Verwaltung des vorliegenden Vertrags um.

Der Schutz der Daten und der Privatsphäre der Versicherungsnehmer und Vertragspartner des Versicherers hat höchste Priorität. In dieser Datenschutzerklärung wird erläutert, welche Art von personenbezogenen Daten wie erhoben werden, warum sie erhoben werden und mit wem sie geteilt oder wem sie offengelegt werden.

Bitte lesen Sie diese Datenschutzerklärung sorgfältig durch.

Falls der vorliegende Vertrag Versicherungsschutz von Familienangehörigen der zu versichernden Kategorie von Beschäftigten vorsieht und/oder die Erklärung von Begünstigten im Todesfall umfasst, ist die vorliegende Datenschutzerklärung durch die Association ebenso diesen Dritten zu übermitteln.

Personenbezogene Daten über die Parteien des vorliegenden Vertrags, die Kategorie von zu versichernden Beschäftigten, ihre Familienangehörigen bzw. Begünstigten und/oder identifizierte oder identifizierbare natürliche lebende Personen, auf deren personenbezogene Daten sich diese Erklärung bezieht, hierin als „**betroffene Person(en)**“ bezeichnet, einschließlich der Unterzeichner der vertraglichen Vereinbarungen und verschiedenen Kapitel, Beilagen, Anlagen und sonstigen hierin genannten oder aufgenommenen Dokumenten und/oder Nachträgen, Änderungen oder Ergänzungen derselben werden für den alleinigen Zweck der Verwaltung derselben mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren wie Erhebung, Verarbeitung, Erfassung, Organisation, Zweckbindung und Datenminimierung, Speicherung, Anpassung oder Veränderung, Auslesen, Abfragen, Verwendung, Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, Abgleich oder Verknüpfung oder Sicherheit in Bezug auf die

Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten, unter anderem einschließlich des Schutzes und der Sicherheit derselben entsprechend dem Bundesdatenschutzgesetz vom 30. Juni 2017 (BDSG) (Bundesgesetzblatt I S. 2097), der deutschen Sozialgesetzbücher, die auch Bestimmungen über die Verarbeitung medizinischer, sozialer und anderer personenbezogener Daten enthalten, und sowie der Bestimmungen des § 213 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes, des geänderten französischen Datenschutzgesetzes Nr. 78-17 vom 06.01.1978 über die Informationstechnologie, Dateien und bürgerliche Freiheiten (Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) und allen geltenden Gesetzen und Vorschriften über den Schutz und die Verarbeitung personenbezogener Daten, einschließlich der Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung (EU) Nr. 2016/679) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016, im Folgenden „**Verordnung**“ genannt, sektorspezifischer Gesetze und anwendbarer Leitlinien und Durchführungsvorschriften, die von Aufsichtsbehörden veröffentlicht und hierin genannt werden, verwendet.

Die hierin verwendeten Begriffe haben die im Folgenden definierte Bedeutung, die ihnen in der Verordnung zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr aufgrund oder in Verbindung mit dem vorliegenden Vertrag zugewiesen wurde. „Personenbezogene Daten“ sind alle personenbezogenen und/oder sensiblen Daten in Bezug auf betroffene Personen. Genauere Angaben finden Sie in den nachstehenden Begriffsbestimmungen.

Alle gegebenenfalls erforderlichen Nachträge zu bestehenden vertraglichen Vereinbarungen, einschließlich des vorliegenden Vertrags, alle relevanten Datenschutzvereinbarungen mit Dritten und Datenübermittlungsvereinbarungen in Bezug auf die Erhebung, Verarbeitung, Verwendung, Speicherung und/oder Übermittlung von persönlich identifizierbaren Daten werden in Anwendung aller Aspekte von hierin genannten Rechtsvorschriften über den Datenschutz und die Informationssicherheit und in Anwendung der Verordnung abgeschlossen.

Alle geeigneten Sicherheitsmaßnahmen, die zum ordnungsgemäßen Schutz und zur Sicherung erhobener, verarbeiteter und verwendeter personenbezogener und sensibler Daten erforderlich sind, werden in Anwendung des Bundesdatenschutzgesetzes vom 30. Juni 2017 (Bundesgesetzblatt I S. 2097 (BDSG)), der deutschen Sozialgesetzbücher, die Bestimmungen über die Verarbeitung medizinischer, sozialer und anderer personen-

bezogener Daten enthalten, sowie der Bestimmungen des § 213 des deutschen Versicherungsvertragsgesetz, des geänderten französischen Datenschutzgesetzes Nr. 78-17 vom 06.01.1978 über die Informationstechnologie, Dateien und bürgerliche Freiheiten (Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) und der Gesetze und Vorschriften über den Schutz und die Verarbeitung personenbezogener Daten und insbesondere über sensible Daten bzw. die Durchsetzung der Vertraulichkeit bei der Verarbeitung medizinischer Daten entsprechend der Verordnung, der französischen AERAS-Vereinbarung (S'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé - Versicherung und Kreditaufnahme bei erhöhtem Gesundheitsrisiko), die 2006 in Kraft getreten ist und am 1. Februar 2011 sowie am 2. Februar 2015 geändert wurde, und dem daran angefügten Verhaltenskodex sowie des französischen Gesetzes zur Ethik in der Medizin getroffen.

Datenverantwortlicher

Der Versicherer ist der Datenverantwortliche im Sinne der einschlägigen Datenschutzgesetze und -vorschriften und hat die Zwecke und Mittel der Verarbeitung personenbezogener Daten bei der Erfüllung und Verwaltung des vorliegenden Vertrags bestimmt.

Auftragsverarbeiter

Gegebenenfalls ist der Auftragsverarbeiter ein Dritter, der durch eine gesonderte Datenschutz- und Verwaltungsvereinbarung autorisiert ist, persönlich identifizierbare Daten, die der Verantwortliche dem Auftragsverarbeiter zur Verfügung stellt oder die der Auftragsverarbeiter im Auftrag des Verantwortlichen erhebt (personenbezogene Daten), in Bezug auf alle Aspekte des Datenschutzes und der Informationssicherheit zu erheben, zu verarbeiten und zu verwenden.

Kategorien personenbezogener Daten

Die verschiedenen Arten personenbezogener Daten, die bei der Erfüllung und Verwaltung des vorliegenden Vertrags durch einen autorisierten dritten Verantwortlichen oder Auftragsverarbeiter erhoben und verarbeitet werden können, umfassen – ohne Beschränkung darauf – die folgenden Informationen:

- **Grunddaten zur Person:** einschließlich vollständiger Name, Statusbezeichnung, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, IP-Adresse über Internetseite ohne Deaktivierung von Cookies, Alter, Geburtsdatum, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Ausweisdokument und/oder Ausweisnummer (Reisepass, Personalausweis), Unterschriften;
- **Grunddaten der Personalverwaltung des Beschäftigten:** einschließlich Personalnummer, Stellenbezeichnung/Rolle, Beschäftigungsstatus (Vollzeit/Teilzeit),

Details/Beschreibung der Rolle, Sprache, Krankenversicherungsdaten, Rangstufe, Versicherungsnehmer/Einheit, Geschäftseinheit/Geschäftsbereich, Standort, Herkunftsland und Land der Entsendung, Reporting Manager, Datum des Beginns, Arbeitszeit, Termine und Details zum Umzug, Enddatum und Grund für Kündigung, Vertragsart - befristet/Zeitarbeit/Festanstellung, Korrespondenz, Ergebnisse von Überprüfungen des Strafregisters im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Betrug und/oder terroristischer Aktivitäten;

- **Finanzdaten:** einschließlich Bankkonto-/Kreditkarten-Informationen, Zahlungsinformationen, Lohn/Gehalt, Bonuszahlungen; Gehaltsabrechnungen, Daten über Ansprüche und Leistungen, Daten über Mitarbeiterbeteiligungen, Wohnungs-/Umzugs- oder andere Zuschüsse, Daten zur Vergütung, Kürzungen Dritter;
- **Verwaltungsdaten zu Gesundheit, Sozialleistungen und Abwesenheit:** in Verbindung mit der Beziehung des Policeninhabers zu der betroffenen Person, z. B. eine Personalakte eines Beschäftigten, einschließlich Informationen zur Leistung, Daten zu Abwesenheiten/Urlaub, Grund für Abwesenheit, Details zur physischen und psychischen Gesundheit bzw. Gesundheitsstörungen, Informationen und Meldungen zur Gesundheit und Sicherheit, Daten und Meldungen zum Arbeitsschutz, Klagen und Beschwerden, Details zu Belästigung, Behinderung, Zugang, Details zu besonderen Anforderungen, Altersruhegeld aus Krankheitsgründen, Ruhestand;
- **Daten über Ausbildung, Berufserfahrung und Mitgliedschaften:** Daten zum Lebenslauf, die Informationen über Ausbildung, Qualifikation/Zertifizierungen, Sprachen, bisherige Arbeitsverhältnisse, Kompetenzen, Prämien oder Leistungsprüfungen oder sonstige Informationen über das Berufsleben umfassen können;
- **Familie, Lebensweise und soziale Verhältnisse:** einschließlich Familienstand, Details zu Angehörigen/Ehegatte/Partner/Familie, Kontaktdaten von Angehörigen/für Notfälle, Ethnizität, Religion/religiöse Überzeugungen, sonstige Informationen zur Diversität und Gleichheit und Daten über die persönliche Lebensführung, wie z. B. Informationen über Vorlieben und Abneigungen oder andere Informationen über die persönliche Lebensführung, und
- **Sensible Daten:** können alle Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie genetische Daten, biometrische Daten, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung eines Betroffenen umfassen, einschließlich medizinischer Fragebögen, Anmeldeformulare, Einwilligungserklärungen, Erklärungen des Begünstigten

tigten, Arztberichte, medizinische Gutachten oder Sterbeurkunden, Anträge auf vorherige Genehmigungen, Rechnungen über Heilbehandlungskosten, Schadenverlauf.

Kategorien von betroffenen Personen

Die von dem Versicherer und/oder im Auftrag des Versicherers zur Erfüllung seiner Verpflichtungen aus oder in sonstiger Weise in Verbindung mit dem vorliegenden Vertrag abhängig von den erbrachten Dienstleistungen und den Kategorien von betroffenen Personen verarbeiteten personenbezogenen Daten können unter anderem umfassen:

- Aktuelle oder frühere Mitarbeiter, einschließlich Direktoren, leitenden Angestellten, Angestellten, Angehörigen von Beschäftigten, Leistungserbringern, natürlichen Personen (Vertreter, Vermittler), Mitarbeitern von Agenturen, geschäftlichen Besuchern, Versicherern, Subunternehmern, Vertretern von Geschäftspartnern (Anbieter, Kunden, Makler, Vermittler), Versicherungsnehmern, Vertragsinhabern, Versicherten, Begünstigten, Verwandten und/oder Angehörigen von Vertragsinhabern, Versicherten bzw. Begünstigten;
- Ansprechpartner oder sonstiges Personal von Kunden, potenziellen Kunden, Lieferanten, verbundenen Unternehmen, Geschäftspartnern oder anderen verbundenen Organisationen.

Soweit personenbezogene Daten und/oder andere sensible Daten für den Abschluss, die Durchführung und Verwaltung des vorliegenden Vertrags notwendig sind, werden Angehörige und/oder Begünstigte im Falle des Todes für die Zwecke der Anwendung der Verordnung als „betroffene Personen“ betrachtet.

Einwilligung

Die Erhebung und Verwendung der dem Datenverantwortlichen und ggf. einem autorisierten Dritten zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten kann die ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person erfordern, soweit in geltenden Gesetzen und Vorschriften nichts anderes bestimmt ist.

Zweck	Ausdrückliche Einwilligung
Abschluss, Durchführung und Erfüllung der Rechte und Pflichten einer Vereinbarung und Verwaltung eines Versicherungsvertrags (z. B. Preisangebot, Abschluss, Schadenbearbeitung)	Ggf. erforderlich. Wenn personenbezogene Daten jedoch verarbeitet werden müssen, um eine Versicherung abzuschließen und/oder einen Anspruch zu bearbeiten, benötigt der Versicherer nicht die ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person.
Durchführung der Eintreibung von Forderungen	Nicht erforderlich
Unterrichtung von Betroffenen oder Erlaubnis für Unternehmen der Gruppe des Versicherers und ausgewählte Dritte, Betroffene über Produkte und Dienstleistungen zu informieren, die für Betroffene entsprechend ihren Marketingpräferenzen möglicherweise von Interesse sind. Änderungen der Präferenzen können jederzeit verlangt werden; dazu ist Kontakt zum zuständigen Vertreter des Versicherers oder zu dem Versicherer unter der hierin angegebenen Adresse aufzunehmen.	Erforderlich
Für automatisierte Entscheidungen (einschließlich Profiling) zu Kreditprüfungszwecken, zur Personalisierung der Erfahrung der betroffenen Person [auf der Website] (durch Präsentation von Produkten, Dienstleistungen, Werbebotschaften, Angeboten und auf die betroffene Person zugeschnittenen Inhalt) und für andere Entscheidungen über die betroffene Person unter Verwendung von Computertechnologie, z. B. Einschätzung, welche Produkte für die betroffene Person am besten geeignet sein könnten.	Ggf. erforderlich. Wenn der Versicherer oder ein autorisierter Dritter jedoch personenbezogene Daten verarbeiten müssen, um eine Versicherung abzuschließen und/oder einen Anspruch zu bearbeiten, braucht der Versicherer nicht die ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person einzuholen.
Verhinderung und Nachweis von Betrug	Nicht erforderlich
Einhaltung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. steuerliche, buchhaltungs- und verwaltungstechnische Verpflichtungen)	Nicht erforderlich
Neuverteilung des Risikos durch Rückversicherung und Mitversicherung	Nicht erforderlich

Wie oben erwähnt, kann der Versicherer Daten erheben und verarbeiten, die personenbezogene Daten enthalten, die gegebenenfalls aus öffentlichen Datenbanken und von Dritten wie Maklern und Geschäftspartnern, Ärzten, Krankenhäusern, anderen Gesundheitseinrichtungen, anderen Versicherern, Auskunftgebern und Stellen zur Verhinderung von Betrug, Werbenetzwerken, Anbietern von Datenanalysen, Anbietern von Suchinformationen, Schadensregulierern, Vermittlern, beauftragten Behörden, Rechtsanwälten und Notaren stammen.

Zu den oben genannten Zwecken, bei denen der Versicherer angegeben hat, dass sie die ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person nicht benötigt oder bei denen der Versicherer die personenbezogenen in

sonstiger Weise benötigt, um eine Versicherung abzuschließen und/oder einen Anspruch zu bearbeiten, wird der Versicherer die personenbezogenen Daten auf der Grundlage berechtigter Interessen und/oder zur Einhaltung gesetzlicher Verpflichtungen bearbeiten.

Zugang zu und Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Der Versicherer wird dafür sorgen, dass die personenbezogenen Daten in einer Weise verarbeitet werden, die mit den oben genannten Zwecken vereinbar ist. Für die angegebenen Zwecke können personenbezogene Daten eingeholt oder den folgenden Parteien durch vertragliche Vereinbarungen zum Schutz personenbezogener Daten mit denjenigen, die als autorisierte dritte

Verantwortliche und/oder Auftragsverarbeiter tätig werden dürfen, offengelegt werden.

- Behörden, andere Unternehmen der Gruppe des Versicherers, andere Versicherer, Mitversicherer, Rückversicherer, Versicherungsvermittler/-makler und Banken
- Einheiten außerhalb der Gruppe des Versicherers, die bestimmte Dienstleistungen im Auftrag des Versicherers erbringen, z. B. Risikobewertungen und Schadenbearbeitung, bei denen Gesundheits- und andere Daten erhoben und verwendet werden müssen, ohne die der Versicherer nicht in der Lage wäre, die Police zu verwalten oder Zahlungsansprüche zu erfüllen.
- Policeninhaber, Arbeitgeber, Makler, andere Unternehmen der Gruppe des Versicherers, Versicherungsvermittler, dritte Verwalter zum Abschluss und/oder zur Verwaltung der Police oder Verarbeitung von Daten und Durchführung von Vorgängen (Schadenmanagement, IT, Post, Dokumentenmanagement usw.);
- Ärzte, Pflege- und Krankenhauspersonal, andere medizinische Einrichtungen, Pflegeheime, gesetzliche Krankenversicherungen, Berufsverbände und Behörden zur Verwaltung der Police oder Verarbeitung von Ansprüchen;
- Andere Unternehmen der Gruppe, technische Berater, Experten, Rechtsanwälte, Schadenregulierer, Reparatere, Ärzte und Dienstleistungsunternehmen zur Durchführung von Vorgängen (Schadenmanagement, IT, Post, Dokumentenmanagement); und/oder
- Inserenten und Werbenetzwerke zum Versand von Werbeschreiben an die betroffene Person im gesetzlich zulässigen Umfang und entsprechend der von der betroffenen Person bevorzugten Kommunikationsform. Der Versicherer gibt personenbezogene Daten ohne Erlaubnis der betroffenen Person nicht an nicht verbundene Dritte für deren eigenen Werbezwecke weiter.

Der Versicherer und diese Dritten haben diesen Austausch entsprechend den Verfahren und Verpflichtungen zum Datenschutz und zur ärztlichen Schweigepflicht durchzuführen, die für die Weitergabe der Daten und die Verwendung zu den oben genannten Zwecken erforderlich sind.

Schließlich darf der Versicherer personenbezogene Daten unter anderem auch in den folgenden Fällen weitergeben:

- Im Falle einer geplanten oder tatsächlichen Reorganisation, Fusion, Abtretung, Übertragung, eines Verkaufs oder einer sonstigen Veräußerung des gesamten oder eines Teils des Geschäfts, der Vermögenswerte oder Aktien (einschließlich Insolvenz- oder

- ähnlicher Verfahren) oder eines Joint Ventures, und
- zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, unter anderem gegenüber dem zuständigen Ombudsmann, Gericht, Schlichter, Rechtsanwalt, wenn eine betroffene Person eine Beschwerde über Produkte oder Dienstleistungen einreicht, die der Versicherer dem Betroffenen geliefert bzw. erbracht hat;
- an Mitversicherer, um das Versicherungsrisiko gemeinsam mit anderen Unternehmen zu tragen, denen der Versicherer eine Police ausstellt, und/oder zur gemeinsamen Schadenbearbeitung;
- an andere Versicherer/Rückversicherer, die möglicherweise gleichzeitig dasselbe Versicherungsrisiko abdecken – Mehrfachversicherung –, um die Zahlung einer mir eventuell zustehenden Entschädigung zu verteilen oder um beim Nachweis oder der Verhinderung von Betrug und Finanzdelikten zusammenzuarbeiten.

Rechte betroffener Personen

Die Datenschutz-Grundverordnung räumt betroffenen Personen bestimmte Rechte ein, darunter:

- **das Auskunftsrecht:** Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so hat sie ein Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form, um die Herkunft der Daten, die Verarbeitungszwecke, die Kontaktdaten des/der Verantwortlichen, des Auftragsverarbeiters/der Auftragsverarbeiter und der Empfänger zu erfahren, gegenüber denen die personenbezogenen Daten möglicherweise offengelegt werden;
- **das Recht auf Widerruf:** Die betroffene Person hat das Recht, ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen, wenn personenbezogene Daten mit ausdrücklicher Einwilligung verarbeitet werden;
- **das Recht auf Berichtigung:** Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen unverzüglich die Berichtigung sie betreffender unrichtiger oder unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen;
- **das Recht auf Löschung** („Recht auf Vergessenwerden“): Die betroffene Person hat das Recht, unverzüglich die Löschung oder Entfernung personenbezogener Daten zu verlangen;
- **das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen unter bestimmten Voraussetzungen die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen;
- **das Widerspruchsrecht:** Die betroffene Person hat das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten Wider-

- spruch einzulegen. Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten nicht mehr, es sei denn, er kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen;
- **das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person bei einer ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung – einschließlich Profiling – beruhenden Entscheidung:** Die betroffene Person hat das Recht, nicht einer ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung – einschließlich Profiling – beruhenden Entscheidung unterworfen zu werden, die ihr gegenüber rechtliche Wirkung entfaltet oder sie in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigt;
- **das Recht auf Datenübertragbarkeit:** Die betroffene Person hat das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die sie einem Verantwortlichen bereitgestellt hat, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, und sie hat das Recht, diese Daten einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln;
- **Einreichung einer Beschwerde** bei dem Versicherer und/oder der zuständigen Datenschutzbehörde.

Zur Ausübung dieser Rechte kann die betroffene Person sich an ihren Vertreter des Versicherers wenden oder direkt Kontakt zu dem Versicherer unter der unten angegebenen Adresse aufnehmen; dabei hat sie den Namen, die E-Mail-Adresse, die Kontoidentifikation und den Zweck des Antrags zu nennen:

Datenschutzbeauftragter für MGEN Portugal:

Data Protection Officer of VYV International Benefits
3 Square Max Hymans
75748 – Paris Cedex 15
Frankreich
oder unter: dpo@vyv-ib.com

Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener und/oder sensibler Daten

Wenn durch geltende Gesetze oder Vorschriften zulässig, hat die betroffene Person das Recht, Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten einzulegen oder den Versicherer aufzufordern, die Verarbeitung der Daten zu beenden (einschließlich zum Zwecke der Direktwerbung). Sobald die betroffene Person den Versicherer informiert hat, verarbeitet diese die personenbezogenen Daten der betroffenen Person nicht mehr, es sei denn, dies ist aufgrund geltender Gesetze und Vorschriften zulässig. Die betroffene Person kann dieses Recht in derselben Weise ausüben wie die anderen weiter oben genannten Rechte.

Speicherung der Daten

Der Versicherer wird die personenbezogenen Daten von betroffenen Personen in dem durch geltende Gesetze und Vorschriften zulässigen Umfang und insbesondere wie folgt speichern:

Dokumente	Dauer der Datenspeicherung
Vorschlag, Preisangebote	3 Jahre
Versicherungsverträge und Nachträge	Leben
Individuelle Eintragungsformulare	– 5 Jahre ab dem Datum der Vertragskündigung (falls kein Anspruch geltend gemacht wurde) – 5 Jahre ab dem Datum der Kündigung des Versicherungsschutzes
Individuelle Eintragungsformulare von Versicherten mit Behinderung	Archiviert in der entsprechenden Schadenakte (siehe unten: „Schadenakten“)
Beiträge und Prämien, Provisionen und Gebührentzettel und Aufzeichnungen	5 Jahre
Rechnergestützte Buchungsbelege	30 Jahre
Schadenakten im Falle des Todes, des völligen und irreversiblen Verlusts der Eigenständigkeit, Invalidität, Behinderung	– wenn die Leistung gezahlt wurde: 10 Jahre ab dem letzten Zahlungsdatum – wenn die Leistung dem/der/den Begünstigten im Falle des Todes des Versicherten nicht vollständig oder teilweise ausgezahlt wurde: 30 Jahre ab dem Datum der Anerkennung des Todes des Versicherten durch das Unternehmen – Falls die Leistung aufgrund des Verschwindens oder der Abwesenheit des Versicherten nicht vollständig oder teilweise ausgezahlt werden konnte: 30 Jahre ab dem Datum der Anerkennung der Feststellung des Verschwindens oder der Abwesenheit des Versicherten durch das Unternehmen
Ansprüche bezüglich der medizinischen Versorgung (Behandlungskosten wegen Krankheit/Unfall)	3 Jahre ab dem Datum des Abschlusses der Ansprüche
Dauerhafte Teilbehinderung aufgrund von Krankheit – dauerhafte Teilbehinderung aufgrund eines Unfalls – monatliche Zahlungen – Erstattung von Krankenhauskosten – Deckungszusagen – Abfindung bei Eintritt in den Ruhestand – Ausbildungsbeihilfe	– wenn die Leistung gezahlt wurde: 10 Jahre ab dem letzten Zahlungsdatum – wenn nicht gezahlt: 30 Jahre
Sonstige Vertragsunterlagen (Verwaltungsverträge, Abkommen, Übereinkommen, Nachträge, andere diverse Vereinbarungen)	Leben

Der Versicherer speichert personenbezogene Daten der betroffenen Person nicht länger als nötig, und er speichert die besagten Daten nur für die Zwecke, für die sie erhoben wurden.

Kontaktdaten

Falls die betroffene Person Fragen zur Verwendung personenbezogener Daten durch den Versicherer hat, kann sie sich an den Datenschutzbeauftragten unter folgender Adresse wenden:

Datenschutzbeauftragter für MGEN Portugal:

Data Protection Officer of VYV International Benefits
3 Square Max Hymans
75748 – Paris Cedex 15
Frankreich
oder unter: dpo@vyv-ib.com

Die betroffene Person ist über jede wichtige Änderung zu informieren, die sich auf die personenbezogenen Daten der betroffenen Person auswirken kann. Andernfalls kann die betroffene Person sich an ihren Vertreter des Versicherers wenden oder direkt Kontakt zu dem Versicherer unter der oben angegebenen Adresse aufnehmen. Diese Datenschutzerklärung wurde am 1. Januar 2025 aktualisiert.

BEGRIFFSBESTIMMUNG

Die folgenden Begriffe haben die ihnen in der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr („Verordnung“) und in den folgenden Begriffsbestimmungen zugeordnete Bedeutung:

Geltende Gesetze

Sofern hierin keine anderen Angaben gemacht werden, (a) Gesetze der Europäischen Union oder der Mitgliedstaaten über personenbezogene Daten, bei denen ein Unternehmen der Gruppe von juristischen Personen den Datenschutzgesetzen der EU unterworfen ist, und (b) jedes sonstige geltende Datenschutzgesetz über personenbezogene Daten, dem irgendein Unternehmen einer Gruppe von juristischen Personen unterworfen ist.

Verbindliche interne Datenschutzvorschriften

Maßnahmen zum Schutz personenbezogener Daten, zu deren Einhaltung sich ein im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats niedergelassener Verantwortlicher oder Auftragsverarbeiter verpflichtet im Hinblick auf Datenübermittlungen oder eine Kategorie von Datenübermittlungen personenbezogener Daten an einen Verantwortlichen oder Auftragsverarbeiter derselben Unternehmensgruppe oder derselben Gruppe von Unternehmen, die eine gemeinsame Wirtschaftstätigkeit ausüben, in einem oder mehreren Drittländern.

Vertrauliche Informationen

Vertrauliche Informationen umfassen (jedoch ohne Beschränkung hierauf) Informationen vertraulicher Art über Policen und Policeninhaber und die geschäftlichen Angelegenheiten, Strategien, wirtschaftlichen und technischen Kenntnisse der Parteien.

Einwilligung der betroffenen Person

Jede freiwillig für den bestimmten Fall, in informierter Weise und unmissverständlich abgegebene Willensbekundung in Form einer Erklärung oder einer sonstigen eindeutigen bestätigenden Handlung, mit der die betroffene Person zu verstehen gibt, dass sie mit der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten einverstanden ist.

Personenbezogene Daten des Unternehmens

Alle personenbezogenen Daten, die von einem Auftragsverarbeiter und/oder Unterauftragsverarbeiter im Auftrag des Verantwortlichen oder einem Mitglied der Unternehmensgruppe des Verantwortlichen gemäß oder in Verbindung mit den relevanten Verwaltungsverträgen, unter anderem einschließlich des/der Unterzeichner(s) des Verwaltungsvertrags/der Verwaltungsverträge und der vorliegenden Datenschutzvereinbarung, verarbeitet werden, und alle vertraulichen Informationen, die sich auf das Geschäft der Parteien und/oder Kunden oder Mitarbeiter der Parteien beziehen.

Grenzüberschreitende Verarbeitung

Eine Verarbeitung personenbezogener Daten, die im Rahmen der Tätigkeiten von Niederlassungen eines Verantwortlichen oder eines Auftragsverarbeiters in der Europäischen Union in mehr als einem Mitgliedstaat erfolgt, wenn der Verantwortliche oder Auftragsverarbeiter in mehr als einem Mitgliedstaat niedergelassen ist, oder eine Verarbeitung personenbezogener Daten, die im Rahmen der Tätigkeiten einer einzelnen Niederlassung eines Verantwortlichen oder eines Auftragsverarbeiters in der Europäischen Union erfolgt, die jedoch erhebliche Auswirkungen auf betroffene Personen in mehr als einem Mitgliedstaat hat oder haben kann.

Daten

Personenbezogene Daten, sensible Daten und andere Informationen, die der Verantwortliche dem Auftragsverarbeiter oder der Auftragsverarbeiter dem Verantwortlichen in Verbindung mit dem Vertrag zur Verfügung stellt, und alle sonstigen Daten und Informationen, die der Auftragsverarbeiter in Verbindung mit dem Vertrag verarbeitet, einschließlich der personenbezogenen Daten der Unterzeichner des Vertrags und des vorliegenden Nachtrags und die sich auf die Geschäfte der Parteien und/oder Kunden oder Mitarbeiter der Parteien beziehen.

Datenverantwortlicher

Die natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet. Die Rolle des Verantwortlichen wird nicht dadurch bestimmt, wer die Daten erhebt oder wer Zugang zu ihnen hat, sondern wer die Zwecke und Mittel der Verarbeitung festlegt. Rechtliche Einheiten ohne eigene Rechtspersönlichkeit können von der Muttergesellschaft abweichende Verantwortliche sein, wenn sie die Zwecke und Mittel der in ihrem Namen durchgeführten Verarbeitung bestimmen. Sind die Zwecke und Mittel dieser Verarbeitung durch das Unionsrecht oder das Recht der Mitgliedstaaten vorgegeben, so kann der Verantwortliche beziehungsweise können die bestimmten Kriterien seiner Benennung nach dem Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedstaaten vorgesehen werden.

Datenverarbeitung oder Prozess

Jeder von einem Auftragsverarbeiter im Auftrag eines Datenverantwortlichen mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführte Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung

Auftragsverarbeiter

Eine natürliche oder juristische Person und/oder rechtliche Einheit, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des Datenverantwortlichen verarbeitet. Ob ein Auftragsverarbeiter vorhanden ist, hängt von der Entscheidung des Verantwortlichen ab. Dieser kann entscheiden, die Daten entweder innerhalb seiner eigenen Organisation zu verarbeiten oder die Verarbeitungstätigkeiten ganz oder teilweise an eine externe Organisation zu delegieren.

Bestimmende Elemente:

- Getrennte rechtliche Einheit
- Verarbeitung von Daten im Auftrag des Verantwortlichen
- Der Auftragsverarbeiter ist verpflichtet, die Anweisungen des Verantwortlichen mindestens im Hinblick auf den Zweck der Verarbeitung und die wesentlichen Elemente der Mittel umzusetzen.

Datenschutzrecht

Alle geltenden aktuellen und/oder zukünftigen internationalen, nationalen, regionalen oder Bundes-Datenschutzgesetze, Durchführungsverordnungen, Rechtsvorschriften, Statuten, Gesetzbücher, Bestimmungen, Empfehlungen und/oder Stellungnahmen einer in einer Rechtsordnung zuständigen Datenschutzbehörde über die Verarbeitung personenbezogener Daten, einschließlich des Schutzes und der Sicherheit personenbezogener Daten, entsprechend dem Bundesdatenschutzgesetz vom 30. Juni 2017 (BDSC) (Bundesgesetzblatt I S. 2097), den Sozialgesetzbüchern, die auch Bestimmungen über die Verarbeitung medizinischer, sozialer und anderer personenbezogener Daten umfassen, sowie der Bestimmungen des § 213 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes, des geänderten französischen Datenschutzgesetzes Nr. 78-17 vom 06.01.1978 über die Informationstechnologie, Dateien und bürgerliche Freiheiten (Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) und insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung 2016/679 vom 27. April 2016 und und allen Gesetzen, Verordnungen, Empfehlungen oder Stellungnahmen, durch die das Datenschutzrecht in Bezug auf die Anforderungen an die Erhebung, Verarbeitung und Verwendung personenbezogener Daten durch Auftragsverarbeiter im Auftrag von Datenverantwortlichen ersetzt, ergänzt oder geändert, erweitert, aufgehoben oder konsolidiert wird.

Datenschutzaufsichtsbehörde

Eine unabhängige Behörde, die in einem Mitgliedstaat gemäß Artikel 51 der Verordnung eingerichtet wird; eine Aufsichtsbehörde, die von der Verarbeitung personenbezogener Daten betroffen ist, weil:

- der Verantwortliche oder der Auftragsverarbeiter im Hoheitsgebiet des Mitgliedstaats dieser Aufsichtsbehörde niedergelassen ist;
- diese Verarbeitung erhebliche Auswirkungen auf betroffene Personen mit Wohnsitz im Mitgliedstaat dieser Aufsichtsbehörde hat oder haben kann oder
- eine Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde eingereicht wurde.

Die französische Datenschutzbehörde (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, im Folgenden „CNIL“ genannt) ist die französische Aufsichtsbehörde. Die CNIL ist eine unabhängige Verwaltungsbehörde, die sicherzustellen hat, dass die Informationstechnologie weiterhin den Bürgern dient und nicht die menschliche Identität gefährdet oder Menschenrechte, die Privatsphäre, individuelle oder öffentliche Freiheiten verletzt. Sie überwacht die Durchführung von Datenschutzvereinbarungen und veröffentlicht häufig diesbezügliche Entscheidungen und Richtlinien. www.cnil.fr/english/

Betroffene Person

Die identifizierte oder identifizierbare lebende natürliche Person, auf die sich die personenbezogenen Daten beziehen; als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

Antrag der betroffenen Person

Ein Antrag einer betroffenen Person auf Zugang zu, Berichtigung, Änderung, Übermittlung oder Löschung der personenbezogenen Daten der Person.

Datenübermittlungen an Personen außerhalb des EWR

Die Verarbeitung oder Weitergabe von personebezogenen Daten an eine Partei, die außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) geschäftlich tätig ist, entsprechend geltenden Datenschutzgesetzen. Die Verwendung von Standardvertragsklauseln in Datenübermittlungsvereinbarungen, die zwischen Parteien oder sonstigen Dritten nach Genehmigung des Verantwortlichen für die Übermittlung personenbezogener Daten in Gebiete außerhalb des EWR (Beschluss 2010/87/EU der Kommission) geschlossen werden, oder Ersatzklauseln, die nachträglich von der Europäischen Kommission genehmigt werden, ist erforderlich. Die gesamte Datenverarbeitung erfolgt entsprechend den in allen Datenübermittlungsvereinbarungen festgelegten Bedingungen unter Bereitstellung der Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten, die in den Artikeln 13 und 14 der DSGVO vorgeschrieben sind.

Identifizierbare natürliche Person

Im Sinne des Artikels 4.1 der DSGVO wird eine natürliche Person als identifizierbar angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

Informationssystem

Jede strukturierte Sammlung personenbezogener Daten, die nach bestimmten Kriterien zugänglich sind, unabhängig von der Form oder Methode ihrer Erstellung, Speicherung, Organisation und Zugänglichkeit. Es kann aus einer oder mehreren beliebigen Arten von Trägern bestehen (z. B. Datenbanken, physischen Dateien, Computerverzeichnissen usw.).

Rechtliche Einheiten

(Gruppe von rechtlichen Einheiten)

Im Hinblick auf jede Partei ist eine verbundene rechtliche Einheit: eine kontrollierende rechtliche Einheit und ihre kontrollierten rechtlichen Einheiten:

- eine kontrollierende Körperschaft;
- ein verbundenes Unternehmen einer kontrollierten Körperschaft oder
- ein verbundenes Unternehmen einer kontrollierten Körperschaft einer kontrollierenden Körperschaft.

Für die Zwecke dieser Begriffsbestimmung gilt:

- Verbundenes Unternehmen einer Körperschaft bezeichnet eine rechtliche Einheit, die Eigentümerin der Gesellschaft ist oder diese kontrolliert, sich im Eigentum derselben befindet oder von dieser kontrolliert wird oder sich unter der gemeinsamen Kontrolle oder im gemeinsamen Eigentum mit der Gesellschaft befindet, wobei Kontrolle als direkter oder indirekter Besitz der Befugnis definiert wird, die Geschäftsführung und die Politik einer Einheit zu bestimmen oder dies zu veranlassen, wobei es keine Rolle spielt, ob dies durch stimmberechtigte Wertpapiere, durch Vertrag oder in sonstiger Weise erfolgt.
- Mitglied einer Unternehmensgruppe bezeichnet eine Körperschaft oder ein verbundenes Unternehmen einer Körperschaft;

- Der Begriff Personenbezogene Daten des Unternehmens bezeichnet alle personenbezogenen Daten, die durch einen Auftragsverarbeiter im Auftrag eines Mitglieds der Unternehmensgruppe entsprechend oder in Verbindung mit den relevanten Verwaltungsvereinbarungen verarbeitet werden.
- Eine Körperschaft kontrolliert eine andere, wenn zu dem entsprechenden Zeitpunkt Folgendes zutrifft:
 - a. ihr direkt oder indirekt mindestens 50 % der auf Hauptversammlungen stimmberechtigten Anteile der betreffenden anderen Körperschaft gehören oder sie sonst in der Lage ist, die Stimmen abzugeben oder die Stimmabgabe zu kontrollieren, oder
 - b. sie die Zusammensetzung einer Mehrheit des Leitungsgremiums der betreffenden Körperschaft kontrolliert.

Pseudonymisierung

Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Personenbezogene Daten

Alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen; als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten

Eine Verletzung der Sicherheit, die, ob unbeabsichtigt oder unrechtmäßig, zur Vernichtung, zum Verlust, zur Veränderung oder zur unbefugten Offenlegung von beziehungsweise zum unbefugten Zugang zu personenbezogenen Daten führt, die übermittelt, gespeichert oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden.

Empfänger

Eine natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, der personenbezogene Daten offengelegt werden, unabhängig davon, ob es sich bei ihr um einen Dritten handelt oder nicht. Behörden, die im Rahmen eines bestimmten Untersuchungsauftrags nach dem Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedstaaten möglicherweise personenbezogene Daten erhalten, gelten jedoch nicht als Empfänger; die Verarbeitung dieser Daten durch die genannten Behörden erfolgt im Einklang mit den geltenden Datenschutzvorschriften gemäß den Zwecken der Verarbeitung;

Regulierungsbehörde

Jede Person, Vollzugsbehörde bzw. andere Stelle mit Regulierungs-, Aufsichts- oder Überwachungsbefugnis (ob aufgrund einer gesetzlichen Regelung oder in sonstiger Weise) über die gesamte oder einen Teil der Verarbeitung personenbezogener Daten in Verbindung mit der Erbringung oder dem Erhalt von Dienstleistungen, unter anderem einschließlich der europäischen Datenschutzaufsichtsbehörden.

Sensible Daten

Personenbezogene Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie die Verarbeitung von genetischen Daten, biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung.

- der Ausdruck „genetische Daten“ bezeichnet personenbezogene Daten zu den ererbten oder erworbenen genetischen Eigenschaften einer natürlichen Person, die eindeutige Informationen über die Physiologie oder die Gesundheit dieser natürlichen Person liefern und insbesondere aus der Analyse einer biologischen Probe der betreffenden natürlichen Person gewonnen wurden;
- der Ausdruck „biometrische Daten“ bezeichnet mit speziellen technischen Verfahren gewonnene personenbezogene Daten zu den physischen, physiologischen oder verhaltenstypischen Merkmalen einer natürlichen Person, die die eindeutige Identifizierung dieser natürlichen Person ermöglichen oder bestätigen, wie Gesichtsbilder oder daktyloskopische Daten;

- der Ausdruck „Gesundheitsdaten“ bezeichnet personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

Unterauftragsverarbeiter

Ein dritter Unterauftragnehmer (unter Ausschluss der Beschäftigten eines Datenverantwortlichen oder von Beschäftigten eines Unterauftragnehmers eines Datenverantwortlichen), der im Auftrag eines Datenverantwortlichen durch einen Auftragsverarbeiter für die Verarbeitung personenbezogener Daten bestellt wird – kann für die Zwecke der anwendbaren Datenschutzgesetze auch als beauftragter Unterauftragsverarbeiter oder Unterauftragnehmer bezeichnet werden.

Für die Zwecke anwendbarer Datenübermittlungen in Gebiete außerhalb des EWR laut den hierin vorgesehenen Bestimmungen wird mit dem Begriff beauftragter Unterauftragsverarbeiter jeder von einem Datenimporteur oder einem anderen Unterauftragsverarbeiter des Datenimporteurs beauftragter Verarbeiter bezeichnet, der sich damit einverstanden erklärt, von dem Datenimporteur oder einem anderen Unterauftragsverarbeiter des Datenimporteurs personenbezogene Daten in Empfang zu nehmen, die ausschließlich für die Durchführung von Verarbeitungstätigkeiten im Auftrag des Datenexporteurs nach der Übermittlung entsprechend seinen Anweisungen, nach dem Wortlaut der Klauseln und den Bedingungen des schriftlichen Untervertrags bestimmt sind.

Standardvertragsklauseln

Die Standardvertragsklauseln, die in einer Datenübermittlungsvereinbarung vorgesehen sind, die zwischen einem Datenverantwortlichen und einem Auftragsverarbeiter und/oder einem Datenverantwortlichen und einem Datenverantwortlichen, der personenbezogene Daten aus dem EWR an einen Auftragsverarbeiter oder einen anderen Datenverantwortlichen in einem Drittland übermittelt, geschlossen wird und den Datenschutzgesetzen eines bestimmten Landes oder Gebiets unterliegt, um (soweit möglich ohne erhebliche Ungewissheit bezüglich des Ergebnisses) jede Änderung (einschließlich eines Ersatzes) zu berücksichtigen, die entsprechend diesen Datenschutzgesetzen, insbesondere gemäß dem Beschluss der Kommission vom 5. Februar 2010 über Standardvertragsklauseln für die Übermittlung personenbezogener Daten an Auftragsverarbeiter in Drittländern, vorgenommen wird.

Technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen

Maßnahmen zum Schutz personenbezogener Daten vor – ob unbeabsichtigt oder unrechtmäßig – Vernichtung, Verlust, Veränderung, unbefugter Offenlegung oder unbefugtem Zugang, insbesondere wenn die Daten im Zusammenhang mit der Verarbeitung über ein Netzwerk übermittelt werden, sowie vor allen sonstigen unrechtmäßigen Formen der Verarbeitung.

Drittland/Drittländer

Ein Land oder Empfänger: (i) für das oder den die Europäische Kommission keine Gewährleistung eines angemessenen Schutzniveaus für personenbezogene Daten anerkennt und (ii) das oder der nicht von einem geeigneten Rahmen erfasst wird, für den die zuständigen Behörden oder Gerichte anerkennen, dass er ein angemessenes Schutzniveau für personenbezogene Daten gewährleistet.

Dritter

Eine natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, außer der betroffenen Person, dem Verantwortlichen, dem Auftragsverarbeiter und den Personen, die unter der unmittelbaren Verantwortung des Verantwortlichen oder des Auftragsverarbeiters befugt sind, die personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

MGEN Portugal - Companhia de Seguros, S.A, ist eine portugiesische Versicherungsgesellschaft unter der Aufsicht der Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões mit einem Grundkapital von 7.500.000 €, eingetragen unter der Register-Nr. 517503131 mit Hauptsitz in Rua Duque de Palmela, 11, Piso 1, 1250-097, Lissabon, Portugal.

MGEN Portugal unterliegt der Aufsicht durch die Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, Av. da República 76, 1600-205 Lissabon, Portugal.

Im Rahmen ihrer Aktivitäten hat die MGEN Portugal den Vertrieb, die Verwaltung und das Underwriting an die VYV International Benefits delegiert, eine vereinfachte Aktiengesellschaft (Société par actions simplifiée) mit einem Grundkapital von 1.000.000 €, eingetragen im Pariser Handels- und Gesellschaftsregister unter der Nummer 813 361 441 RCS PARIS, als Versicherungsmittler geführt bei ORIAS unter der Nummer 16002500, mit Sitz in 3 Square Max-Hymans, 75748 Paris Cedex 15, Frankreich.

5. Folgen der Nichterfüllung der Anzeigepflicht gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz

Vorvertragliche Anzeigepflichten

Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz auf der Grundlage der Vereinbarung, dass das Hauptmitglied oder alle versicherten Personen alle im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Der Versicherer stützt sich auf die Angaben des Policeninhabers und somit des Versicherten, um in der Lage zu sein, das Risiko richtig einschätzen und die Prämie in angemessener Höhe berechnen zu können. Aus diesem Grund sind das Hauptmitglied oder jede versicherte Person verpflichtet, bis zum Zeitpunkt der Unterbreitung der Vertragserklärung wahrheitsgemäß und vollständig alle dem Hauptmitglied oder jeglicher versicherten Person bekannten gefahrerheblichen Umstände anzugeben, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat. Falls der Versicherer nach Unterbreitung der Vertragserklärung, aber vor der Annahme des Vertrags in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind das Hauptmitglied oder jede versicherte Person ebenfalls verpflichtet, diese entsprechend anzuzeigen. Umstände, denen das Hauptmitglied oder jede versicherte Person nur eine geringe Bedeutung beimisst, sind ebenfalls anzuzeigen. Sollte eine andere Person versichert werden, dann ist diese Person – zusätzlich zu dem Hauptmitglied – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der in Textform gestellten Fragen verantwortlich. Für die Zwecke der vorliegenden Police schließt dies nicht nur das Hauptmitglied, sondern auch die die Voraussetzungen erfüllenden versicherten Personen ein.

Mögliche Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

1. Rücktritt

Falls das Hauptmitglied oder eine versicherte Person eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, ist der Versicherer zum Rücktritt von der Police berechtigt. Dies gilt nicht, wenn das Hauptmitglied später nachweist, dass es weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat. Bei einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht ist der Versicherer nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Sollte der Versicherer unseren

Rücktritt nach dem Eintritt eines versicherten Ereignisses bekanntgeben, ist der Versicherer dennoch zur Zahlung der Leistung verpflichtet, wenn das Hauptmitglied danach den Nachweis erbringt, dass der nicht oder falsch angezeigte Umstand nicht die Ursache

- des Eintritts oder der Feststellung des versicherten Ereignisses oder
- der Feststellung oder des Umfangs unserer Zahlungsverpflichtung war.

Die Zahlungspflicht des Versicherers erlischt jedoch, wenn das Hauptmitglied oder eine versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat. Im Falle des Rücktritts hat der Versicherer Anspruch auf den Teil der Prämie entsprechend dem Vertragszeitraum, der bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Rücktrittserklärung verstrichen ist.

2. Kündigung

Falls der Versicherer nicht von dem Vertrag zurücktreten kann, weil das Hauptmitglied oder die versicherte Person eine vorvertragliche Anzeigepflicht (nicht grob fahrlässig) verletzt hat, kann der Versicherer die Police unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Falls der Versicherer von der Police nicht zurücktreten oder diese nicht kündigen kann, weil der Versicherer den Vertrag trotz Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil.

Falls das Hauptmitglied und eine versicherte Person die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt haben, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Erhöhung der Prämie oder einem rückwirkenden Ausschluss des Versicherungsschutzes für den nicht angezeigten Umstand und diesbezüglich zu einem rückwirkenden Erlöschen des Versicherungsschutzes führen.

Erhöht sich durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann das Hauptmitglied den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung kündigen. Der Versicherer wird das Hauptmitglied in unserer Mitteilung auf dieses Recht hinweisen.

4. Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung unserer Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Der Versicherer darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Der Versicherer darf die Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung nicht geltend machen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsänderung erlöschen nach einem Zeitraum von drei Jahren nach Abschluss der Police. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat das Hauptmitglied oder eine versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

5. Anfechtung der Gültigkeit des Vertrags

Falls uns das Hauptmitglied oder eine versicherte Person arglistig täuscht, kann der Versicherer auch die Gültigkeit des Vertrags anfechten.

6. Vertretung durch eine andere Person

Falls das Hauptmitglied es einer anderen Person gestattet, das Hauptmitglied bei Abschluss der Police zu vertreten, sind sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters des Hauptmitglieds als auch die Kenntnis und die Arglist des Hauptmitglieds im Hinblick auf Anzeigepflicht, Rücktritt, Kündigung, Vertragsänderung und Ausschlussfrist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers zu berücksichtigen. Das Hauptmitglied kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter des Hauptmitglieds noch dem Hauptmitglied Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

6. Widerrufsbelehrung

ABSCHNITT 1
WIDERRUFSRECHT, WIDERRUFSFOLGEN UND
BESONDERE HINWEISE

WIDERRUFSRECHT

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angaben von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Versicherungsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

PassportCard Europe GmbH
Kaiser-Wilhelm-Straße 93
20355 Hamburg
Deutschland
E-Mail: kundenbetreuung@passportcard.de

WIDERRUFSFOLGEN

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den Betrag in Höhe eines Dreißigstels (1/30) der Monatsprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

BESONDERE HINWEISE

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

ABSCHNITT 2
AUFLISTUNG DER FÜR DEN FRISTBEGINN ERFOR-
DERLICHEN WEITEREN INFORMATIONEN

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt.

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es seine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. (a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder –gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- (b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehungen zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder –gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen

- einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- 4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
- 5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
- 6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
- 7. (a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
- (b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
- 8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
- 9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
- 10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
- 11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deut-

- lich gestalteten Form;
- 12. (a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
- (b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
- 13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- 14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
- 15. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
- 16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
- 17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
- 18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

7. Geografische Geltungsbereiche

- **Weltweit inkl. USA:** Schließt Versicherungsschutz in den Ländern der Preiszone 1 - 5 ein.
- **Weltweit ohne USA:** Versicherungsschutz gilt weltweit in den Ländern der Preiszone 1 - 5, ohne die USA. Die Prämie richtet sich nach der Preiszone des gewählten Bestimmungslandes. Der Versicherungsschutz umfasst die Behandlung aufgrund medizinischer Notfälle außerhalb des geografischen Geltungsbereichs für einen Zeitraum von max. 60 Tagen pro Reise.
- **Lokale Abdeckung:** Versicherungsschutz ist beschränkt auf die jeweiligen Länder der Preiszone 4 oder 5. Er umfasst die Behandlung aufgrund medizinischer Notfälle außerhalb des geografischen Geltungsbereichs für einen Zeitraum von max. 60 Tagen pro Reise.

Die folgenden Länder, gegen die Wirtschaftssanktionen vorliegen, sind als Bestimmungsländer ausgeschlossen:

- Iran
- Nordkorea (Demokratische Volksrepublik Korea)
- Syrien
- Krim-Region

Die Liste der ausgeschlossenen Länder kann sich ändern.

Der Versicherer haftet nicht für die Übernahme einer Garantie der Versicherung und ist nicht verpflichtet, Ansprüche zu zahlen oder Leistungen zu erbringen, die hierin vorgesehen sind, soweit die Bereitstellung einer solchen Deckung, die Zahlung eines solchen Anspruchs und/oder die Erbringung einer solchen Leistung diesen Versicherer einer Sanktion, einem Verbot und/oder einer Beschränkung gemäß den Resolutionen der Vereinten Nationen, Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften Frankreichs, der Europäischen Union, der Vereinigten Staaten von Amerika oder anderen anwendbaren Gesetzen oder Vorschriften aussetzen würde.

Kontakt

24/7-Kundenbetreuung

Wir sprechen Deutsch – rund um die Uhr.
Unser Kundenbetreuungsteam ist rund um
die Uhr verfügbar, um Ihren Kunden im Notfall
bei allen Fragen zu ihrer Police zu helfen.

Gebührenfreie Rufnummer 00800 70 60 4000
Telefon +49 40 46 00 20–333
WhatsApp +49 170 210 1616
E-Mail kundenbetreuung@passportcard.de

Maklerbetreuung

Wir sind für Ihre Fragen da:
Maklerbetreuung werktags von 9:00 bis 17:30 Uhr
Telefon +49 40 46 00 20–444
Fax +49 40 46 00 20–100
E-Mail vertrieb@passportcard.de

PassportCard Europe GmbH
Geschäftsführer: Alon Ketzeff, Shahar Shabo
HRB 158858 Amtsgericht Hamburg



www.passportcard.de

PassportCard Europe GmbH
Kaiser-Wilhelm-Straße 93, 20355 Hamburg
Deutschland