

Präambel

Die Teile A, F und G gelten für alle Versicherungssparten. Die Teile B bis E gelten nur, sofern der entsprechende Versicherungsschutz beantragt und dokumentiert wurde.

Inhaltsverzeichnis

Teil A – Allgemeiner Teil

1. Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz
2. Wer ist versicherbar und versicherungsfähig?
3. Wann müssen Sie den Vertrag abschließen und welche Laufzeit ist möglich?
4. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?
5. Wo gilt der Versicherungsschutz?
6. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?
7. Umrechnung von Kosten in ausländische Währung
8. Wie sind die Regelungen bei Ersatzansprüchen gegenüber Dritten?
9. Welches Recht findet Anwendung und welches Gericht ist zuständig?
10. Was müssen Sie bei Mitteilungen an uns beachten?

Teil B – Auslandsreisekrankenversicherung

1. Wofür besteht Versicherungsschutz?
2. Welche Leistungen umfasst Ihre Auslandsreisekrankenversicherung?
3. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?
4. Was müssen Sie im Schadenfall beachten (Obliegenheiten)?
5. Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

Teil C – Reiseunfallversicherung

1. Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
2. Welche Leistungen umfasst Ihre Reiseunfallversicherung?
3. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?
4. Was müssen Sie im Schadenfall beachten (Obliegenheiten)?
5. Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

Teil D – Reisehaftpflichtversicherung

1. Wofür besteht Versicherungsschutz?
2. Welche Leistungen umfasst Ihre Reisehaftpflichtversicherung?
3. Was gilt außerdem?
4. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?
5. Was müssen Sie im Schadenfall beachten (Obliegenheiten)?
6. Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

Teil E – Notfallversicherung

1. Wofür besteht Versicherungsschutz?
2. Welche Leistungen umfasst Ihre Notfallversicherung?
3. Was müssen Sie im Schadenfall beachten (Obliegenheiten)?
4. Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

Teil F – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

TEIL G – Merkblatt zur Datenverarbeitung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für TravelSecure Young (AVB TS Young 10/2020)

Teil A – Allgemeiner Teil

1. Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz

Ein Hinweis für Sie: Wir unterscheiden die versicherte Person und den Versicherungsnehmer voneinander: Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person. Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

2. Wer ist versicherbar und versicherungsfähig?

- 2.1 Die im Versicherungsschein namentlich genannte Person ist versichert als zum Beispiel:

- Sprachschüler,
- Schüler,
- Student,
- Stipendiat,
- Doktorand,
- Gastwissenschaftler,
- Praktikant,
- Teilnehmer an Programmen des Freiwilligendienstes,
- Volunteer,
- Globetrotter,
- Backpacker,
- Work & Traveller,
- WWOOFer,

sofern die Versicherungsprämie gezahlt wurde.

Ausgeschlossen sind:

- Arbeitnehmer, die von ihrer Firma ins Ausland gesandt wurden, um dort berufliche Tätigkeiten auszuführen;
- sowie Auswanderer, die dauerhaft im Ausland leben und arbeiten werden.

- 2.2 Versicherungsfähig sind Personen bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres.

- 2.3 Nicht versicherungsfähig und trotz Zahlung der Beiträge nicht versichert, sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Außerdem sind Personen deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist, nicht versicherungsfähig. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände zu berücksichtigen.

- 2.4 Ist die Voraussetzung gem. Teil A Ziffer 2.3 erfüllt, kommt der Vertrag auch nicht durch Prämienzahlung zustande. Wird für eine nicht versicherbare Person dennoch Prämie gezahlt, so erstatten wir diese innerhalb von 30 Tagen zurück.

3. Wann müssen Sie den Vertrag abschließen und welche Laufzeit ist möglich?

- 3.1 Abschluss

Den Versicherungsantrag müssen Sie vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb von 10 Tagen nach Einreise in das jeweilige Reise-land stellen. Das Datum der Einreise müssen Sie auf Verlangen nachweisen. Nach Ablauf der Frist von 10 Tagen nach Einreise ist der Abschluss eines Vertrages nicht mehr möglich.

- 3.2 Dauer

Den Vertrag können Sie tageweise, höchstens für die Dauer von insgesamt 1095 Tage abschließen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt

und endet nach 12 Monaten. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen und enden zu diesem Zeitpunkt. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 10 Tage.

- (1) Der Vertrag kann von Ihnen täglich zum Folgetag gekündigt werden. Er endet außerdem zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn die versicherte Person nicht ausreist. Alternativ zum Ausreisezeitpunkt, wenn der Aufenthalt vorzeitig beendet wird. Auf Verlangen müssen Sie die Nichtausreise oder die vorzeitige Beendigung des Aufenthaltes innerhalb von zwei Wochen nachweisen.
- (2) Sollten Sie nicht gleichzeitig die versicherte Person sein, gilt folgendes: Die Kündigung durch Sie wird nur wirksam, wenn die betroffene versicherte Person Kenntnis erlangt hat. Dies müssen Sie entsprechend nachweisen. Die versicherte Person kann den Vertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortsetzen. Die Erklärung hierüber muss vor Ablauf des Vertrages abgegeben werden.
- (3) Kündigung des Vertrages im Schadensfall:

Nach Eintritt eines versicherten Schadenfalles können Sie und wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung muss schriftlich erklärt werden und spätestens einen Monat nach Leistung zugegangen sein. Oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils. Wir müssen eine Kündigungsfrist von einem Monat einhalten; die Kündigung wird in keinem Falle vor Beendigung der laufenden Reise wirksam. Kündigen Sie, können Sie bestimmen, dass Ihre Kündigung sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird. Allerdings spätestens zum Vertragsablauf.

3.3 Verlängerung

- (1) Sofern zunächst eine kürzere Versicherungsdauer beantragt wurde, kann während des laufenden Versicherungsvertrages eine Verlängerung bis zur maximalen Versicherungsdauer beantragt werden. Der Antrag muss spätestens 14 Tage vor Ablauf des Versicherungsvertrages gestellt werden. Es bedarf unserer ausdrücklichen Zustimmung einer Verlängerung.
- (2) Bei Vertragsverlängerung besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung neu eingetreten sind.

4. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

4.1 Beginn

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Allerdings nicht vor Grenzüberschreitung und nicht vor Ablauf von evtl. Wartezeiten. Wartezeiten rechnen ab Beginn der Versicherung bzw. bei Anschlussverträgen vom Beginn des Anschlussvertrages an.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn der Versicherung eingetreten sind bzw. bereits bestanden haben, leisten wir nicht.

4.2 Beendigung

Der Versicherungsschutz endet nach Beendigung des Aufenthaltes mit der Rückkehr ins Heimatland, spätestens jedoch mit dem vereinbarten Zeitpunkt.

5. Wo gilt der Versicherungsschutz?

5.1 Innerhalb der vereinbarten Laufzeit der Versicherung gilt der Versicherungsschutz für eine versicherte Person:

- mit Heimatland Deutschland: Für die Dauer des Aufenthaltes außerhalb Deutschlands. Soweit vereinbart auch vorübergehend im Heimatland, wenn der Vertrag für mindestens 12 Monate abgeschlossen wurde.
- mit Heimatland außerhalb Deutschlands: Für die Dauer des Aufenthaltes
 - in Deutschland;
 - in der EU einschließlich der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island.

Soweit vereinbart, auch vorübergehend im Heimatland, wenn der Vertrag für mindestens 365 Tage abgeschlossen wurde.

Als Heimatland gilt das Land, in welchem die versicherte Person seit mindestens zwei Jahren vor Versicherungsbeginn ihren ständigen Hauptwohnsitz hatte.

5.2 Reist eine versicherte Person während des Versicherungszeitraumes in die USA und/oder Kanada muss dies mitgeteilt werden, da je nach Dauer des Aufenthaltes in USA und/oder Kanada ein Zuschlag

für Versicherungsschutz in USA und/oder Kanada zu zahlen ist. Eine Mitteilung des Aufenthaltes in USA und/oder Kanada ist erforderlich, da ansonsten die Gefahr besteht, den Versicherungsschutz zu verlieren. Ausgenommen von dieser Regelung bleiben alle Transit- und Heimataufenthalte (für die Dauer des Transits), sowie Urlaubsreisen und Heimaturlaube in den USA und/oder Kanada bis zu 14 Tagen bei Verträgen mit einer Laufzeit von mindestens 365 Tagen.

6. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?

6.1 Zahlung der ersten Prämie

- (1) Sie müssen die erste Prämie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- (2) Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, finden die Bestimmungen des § 37 Versicherungsvertragsgesetz Anwendung. Das bedeutet, dass wir vom Vertrag zurücktreten können.

6.2 Zahlung der Folgeprämien

- (1) Die Folgeprämien sind jeweils gemäß der vereinbarten Zahlungsweise im Voraus fällig.
- (2) Haben Sie ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, buchen wir von Ihrem Konto ab. Ansonsten können Sie überweisen.
- (3) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, finden die Bestimmungen des § 38 Versicherungsvertragsgesetzes Anwendung. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir leistungsfrei sein oder den Vertrag kündigen.

6.3 Prämienhöhe

Die Prämie richtet sich nach dem Alter der versicherten Person(en). Gemäß den tariflichen Vereinbarungen werden altersbedingte Beitragsanpassungen während der Vertragslaufzeit durchgeführt. Eine gesonderte Mitteilung erfolgt hierbei nicht.

7. Umrechnung von Kosten in ausländischer Währung

Wir rechnen die in ausländischer Währung entstandenen Kosten zum Eurokurs des Tages um, an dem die Belege bei uns eingehen. Es gilt der amtliche Devisenkurs. Es sei denn, die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen wurden nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben.

8. Wie sind die Regelungen bei Ersatzansprüchen gegenüber Dritten?

8.1 Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf uns über. Daraus darf der versicherten Person kein Nachteil entstehen. Die versicherte Person muss in diesem Rahmen Ersatzansprüche an uns abtreten.

8.2 Leistungsverpflichtungen aus anderen Verträgen gehen unserer Eintrittspflicht vor. Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Besteht Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, leisten wir nur für die Aufwendungen, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage von Rechnungsbelegen im Original zunächst uns in Anspruch, treten wir in Vorleistung.

9. Welches Recht findet Anwendung und welches Gericht ist zuständig?

Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem Sitz unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Oder, in Ermangelung eines solchen, an dem Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes. Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Oder, in Ermangelung eines solchen, an dem Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes. Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

10. Was müssen Sie bei Mitteilungen an uns beachten?

Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen bedürfen der Textform. Diese müssen Sie an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Niederlassung richten.

Teil B – Auslandsreisekrankenversicherung

1. Wofür besteht Versicherungsschutz?

1.1 Versichert sind die Kosten

- der Heilbehandlung,
- des Krankentransports,
- der Überführung bei Tod,

bei auftretenden Krankheiten und Unfallfolgen während des Aufenthaltes im Ausland.

1.2 Versichert sind ebenso die Kosten für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft. Dies sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat. Die Wartezeit bei Schwangerschaft und Entbindung beträgt acht Monate.

2. Welche Leistungen umfasst Ihre Auslandsreisekrankenversicherung?

Im Versicherungsfall ersetzen wir die nachfolgenden Kosten im Rahmen der tariflich vereinbarten Höchstgrenzen:

Erstattet werden die Aufwendungen für die im Geltungsbereich notwendige ärztliche Hilfe, jeweils im Rahmen der vereinbarten Leistungen und Höchstbeträge.

Innerhalb Deutschlands vergüten wir Leistungen folgendermaßen:

- Ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen höchstens mit dem 2,3-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder für Zahnärzte (GOZ).
- Überwiegend medizinisch-technische Leistungen höchstens mit dem 1,8-fachen Satz der GOÄ/GOZ.
- Laborleistungen höchstens mit dem 1,15-fachen Satz der GOÄ/GOZ.
- Die Kosten stationärer Behandlung erstatten wir nach dem jeweils geltenden Regelsatz der gebietszuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse.

2.1 Heilbehandlungskosten

Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinisch notwendige

- (1) ambulante ärztliche Behandlungen einschließlich Röntgendiagnostik.
- (2) schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz im Rahmen der tariflich vereinbarten Höchstgrenze.
- (3) ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.
- (4) ärztlich verordnete Heilmittel im Rahmen der tariflich vereinbarten Höchstgrenze.
- (5) ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung im Rahmen der tariflich vereinbarten Höchstgrenze.
- (6) stationäre Behandlungen im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbarer Operationen. Wir übernehmen hierbei auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Bei Behandlung in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) und ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).
- (7) ärztlich verordnete Hilfsmittel (Miete oder Kauf zum Erwerb) bis zur tariflich vereinbarten Höchstgrenze.

2.2 Zahnersatzleistungen

Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten:

- Stiftzähne;
- Einlagefüllungen;
- Überkronungen;
- Brücken.

Wir erstatten die Kosten eines Zahnersatzes im Rahmen der tariflich vereinbarten Höchstgrenze, der während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss.

2.3 Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

(1) Sofort Versicherungsschutz besteht bei:

- durch Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlung;
- Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt);
- Behandlungen wegen Fehlgeburt;
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche.

(2) Wir erstatten die Kosten für Schwangerschaftsvorsorgeunter-

suchungen und Entbindungen nach Ablauf der Wartezeit (Teil B Ziffer 1). Allerdings darf die versicherte Person bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages nicht schwanger gewesen sein.

Dies umfasst die Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft.

Die Aufwendungen für Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft erstatten wir in folgendem Umfang:

- die Aufwendungen für das erste Screening vom Beginn der 9. bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche;
- für das zweite Screening vom Beginn der 19. bis zum Ende der 22. Schwangerschaftswoche und
- für das 3. Screening vom Beginn der 29. bis zum Ende der 32. Schwangerschaftswoche.

Weitere Ultraschalluntersuchungen erstatten wir nur bei medizinischer Indikation (Auffälligkeiten und Komplikationen) und nach vorheriger schriftlicher Zusage durch uns.

Für Aufwendungen, die durch die Behandlung eines Neugeborenen entstehen, besteht kein Versicherungsschutz. Kostenerstattung erfolgt nur, wenn ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter und Kind erforderlich ist.

2.4 Transportkosten

- (1) Wir erstatten die Kosten für den medizinisch notwendigen Krankentransport zur stationären Behandlung in das nächstreichbare Krankenhaus im Geltungsbereich.
- (2) Wir übernehmen die Krankentransportkosten, wenn sich eine stationäre Behandlung im Nachhinein als nicht erforderlich erweist und ambulant weiter behandelt wird.
- (3) Wir ersetzen die Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person. Dafür muss eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:
 - der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar.
 - nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Behandlung im Krankenhaus im Ausland voraussichtlich noch 14 Tage.
 - die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport.
- (4) Wir übernehmen auch die Kosten für eine Begleitperson. Dies soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

2.5 Überführungs- und Bestattungskosten.

Wir ersetzen bis zur tariflich vereinbarten Höchstgrenze, die Kosten für:

- die Überführung des verstorbenen Versicherten in sein Heimatland zur Bestattung, oder
- die Bestattung vor Ort.

2.6 Krankenbesuch

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person, organisieren wir den Krankenbesuch einer ihr nahestehenden Person. Und zwar zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort. Dies muss von der versicherten Person gewünscht werden. Wir übernehmen die anfallenden Kosten der Hin- und Rückreise, nicht jedoch die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Bei der Wahl des Beförderungsmittels für die Hin- und Rückreise berücksichtigen wir die wirtschaftliche Verhältnismäßigkeit. Voraussetzung ist, dass der stationäre Krankenhausaufenthalt länger als 5 Tage dauert. Er darf bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen sein.

2.7 Nachhaftung im Ausland

Wir erstatten die Kosten der Heilbehandlung über die vereinbarte Laufzeit der Versicherung hinaus. Und zwar bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von 30 Tagen nach Versicherungsende. Dies sofern ein Rücktransport bis zum Ende der vereinbarten Laufzeit des Versicherungsschutzes wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist.

2.8 Ersatz von Telefonkosten

Wir erstatten die nachgewiesenen Telefonkosten für Anrufe bei unserer Service-Hotline.

2.9 Psychische Behandlungen

Wir erstatten die Kosten für die ambulante oder stationäre ärztliche Erstbehandlung bei erstmalig akut auftretenden psychischen Erkrankungen.

2.10 Arzneimittelversand

Bei Verlust von ärztlich verordneten Arzneimitteln auf der Reise, organisieren wir die Beschaffung der Ersatzpräparate und deren Übersendung. Dies tun wir in enger Abstimmung mit dem Hausarzt. Voraussetzung ist, dass keine gleichwertigen Ersatzpräparate am Aufenthaltsort erhältlich sind. Wir tragen hierbei die Kosten für den Versand. Die Kosten für die Ersatzpräparate müssen Sie uns unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb eines Monats nach Beendigung der Reise erstatten.

2.11 Serviceleistungen

Wir unterstützen Sie im Versicherungsfall bei folgenden Themen:

- Vermittlung ärztlicher Betreuung:
Sollten Sie auf einer Reise im Ausland erkranken, informieren wir Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung. Dies erfolgt auf Ihren Wunsch hin. Soweit es erforderlich ist, stellen wir auch den Kontakt zwischen Ihrem Hausarzt und dem behandelnden Arzt im Ausland her. Wir tragen die hierdurch entstehenden Kosten.
- Organisation medizinischer Hilfsleistungen;
- Übermittlung von Nachrichten an Ihre Familie oder Firma, wenn Sie im Ausland erkranken;
- Abgabe von Kostenübernahmeerklärungen vor Ort (Krankenrücktransport, Reise- und Überführungskosten u.a.).

3. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?

3.1 Leistungsfreiheit

Wir müssen in folgenden Fällen nicht leisten:

- Die versicherte Person täuscht uns nach Eintritt des Versicherungsfalles durch unzutreffende Angaben.
- Die versicherte Person begeht einen Täuschungsversuch durch unzutreffende Angaben.

Die Umstände, die von der Täuschung betroffen sind, müssen für die Leistungspflicht nach Grund und/oder Höhe von Bedeutung sein.

3.2 Leistungsausschlüsse

Wir leisten nicht für:

- Behandlungen und andere ärztlich oder zahnärztlich verordnete Maßnahmen, die Anlass für den Aufenthalt sind.
- Krankheiten einschließlich Folgen, die innerhalb von 12 Monaten vor Beginn der Versicherung bereits diagnostiziert oder der versicherten Person bekannt waren. Dies gilt auch für Schwangerschaften, bei denen die Konzeption (Befruchtung) bereits vor Beginn der Versicherung lag. Ferner auch Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen. Sofern die versicherte Person vor Reiseantritt oder bei Versicherungsabschluss von der Notwendigkeit wusste oder damit rechnen musste.
- Behandlungen von Tuberkulose, Diabetes, Tumoren sowie für Dialysebehandlungen. Dies sofern die Erkrankung bzw. die Behandlungsnotwendigkeit bereits bei Beginn der Versicherung bestand oder bekannt war.
- Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen.
- Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnersatz und Provisorien hinausgehen: Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen, Zahnkosmetik sowie kieferorthopädische und implantologische Maßnahmen, sofern nichts anderes vereinbart ist.
- Massagen- und Wellness-Behandlungen sowie die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln, soweit Versicherungsschutz nicht ausdrücklich vereinbart ist.
- Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten und deren Folgen einschließlich Krankenrücktransport.
- Unfall- oder Krankheitskosten sowie deren Folgen, die durch Sucht (z. B. Alkohol, Drogen, Rausch- oder Betäubungsmittel etc.) hervorgerufen werden.
- Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen.
- Schwangerschaftsunterbrechungen, soweit nicht medizinisch

indiziert und deren Folgen einschließlich Krankenrücktransport.

- durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung einschließlich Krankenrücktransport.
- die Behandlung von Geistes- und Gemütskrankheiten, sowie Hypnose und Psychotherapie einschließlich der hierfür verwendeten Arzneimittel und Krankenrücktransport, sofern nichts anderes vereinbart ist.
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die weder im jeweiligen Aufenthaltsland noch in der Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind.
- Behandlungen durch Ehegatten/Lebensgefährten, Eltern und Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- durch Streik, innere Unruhen, Kriege, Kernenergie, Eingriffe von hoher Hand, Teilnahme an Expeditionen und Vorsatz entstandene Erkrankungen oder Unfälle.
- Suizid und versuchter Suizid.

4. Was müssen Sie im Schadenfall beachten (Obliegenheiten)?

4.1 Verpflichtung zur Kostenminderung

Die versicherte Person muss den Schaden möglichst gering halten und unnötige Kosten vermeiden. Dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit muss sie zustimmen. Dies sofern wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlung genehmigen.

4.2 Unverzügliche Kontaktaufnahme

Sie oder die versicherte Person müssen unverzüglich Kontakt mit unserem weltweiten Notfall-Service aufnehmen. Und zwar im Fall einer stationären Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

4.3 Verpflichtung zur Auskunft

(1) Nach Eintritt des Versicherungsfalles muss die versicherte Person:

- jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, zu unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit).
- die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht ermöglichen. Dies bedeutet, dass die versicherte Person alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit).

(2) Wir können ebenfalls verlangen, dass zum Nachweis die Rechnungsbelege im Original eingereicht werden. Außerdem können wir verlangen, dass die versicherte Person die Ärzte von der Schweigepflicht entbinden. Es muss uns gestattet werden, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.

(3) Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zusteht, muss auch dieser die vertraglichen Pflichten erfüllen. Dies sind Auskunfts- und Aufklärungspflicht und Belegbeschaffung.

4.4 Belege

(1) Alle Belege müssen folgende Informationen enthalten:

- Namen des Behandlers;
- Vor- und Zunamen der behandelten Person;
- Geburtsdatum der behandelten Person;
- Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten.

(2) Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen tragen.

5. Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

5.1 Die versicherte Person verliert den Anspruch auf Leistung, wenn sie:

- entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder falsche Angaben macht.
- uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung stellt.
- sonstige vertragliche Obliegenheiten verletzt.

- 5.2 Bei grob fahrlässigem Verstoß gegen diese Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig. Wir aber können die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.
- 5.3 Auch wenn die versicherte Person die vertraglichen Obliegenheiten verletzt, müssen wir weiterhin leisten. Dies gilt dann, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Obliegenheiten nicht ursächlich für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht war.
- 5.4 Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit folgende Voraussetzung: Wir müssen die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hinweisen.
- 5.5 Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir leistungsfrei.

Teil C – Reiseunfallversicherung

1. Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird. Bei Riss oder Zerrung von Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln sprechen wir auch von einem Unfall.

2. Welche Leistungen umfasst Ihre Reiseunfallversicherung?

Wir erbringen, soweit vereinbart, Versicherungsleistungen aus der vereinbarten Versicherungssumme. Und zwar wenn ein Unfall während des versicherten Aufenthaltes zum Tod oder zu dauernder Invalidität der versicherten Person führt. Außerdem für Bergungs-, Such- und Rettungskosten und für unfallbedingte kosmetische Operationen.

2.1 Leistungen bei Invalidität

- (1) Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann. Tritt dies ein, entsteht ein Anspruch aus der für den Invaliditätsfall versicherten Grundsumme.
- (2) Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein. Diese muss spätestens vor Ablauf einer weiteren Frist von drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht worden sein.

2.1.1 Höhe der Leistung

- (1) Die Höhe der Leistung bemisst sich nach dem Grad der Invalidität. Als feste Invaliditätsgrade gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehenden Körperteile oder Sinnesorgane:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchs- oder Geschmackssinn	10 %

Dies gilt unter Ausschluß des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität.

- (2) Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- (3) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit mehrerer Körperteile der gleichen Extremität, gehen wir bei der Bemessung

des Invaliditätsgrades vom übergeordneten Körperteil aus. Beispielsweise gehen wir bei Hand und Finger vom Handwert und nicht vom Fingerwert aus. Eine Addition der Prozentwerte des Invaliditätsgrades der betroffenen Körperteile der gleichen Extremität erfolgt nicht. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt dies entsprechend.

- (4) Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad nach der Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit. Dabei werden ausschließlich medizinische Gesichtspunkte berücksichtigt.
- (5) Gab es bereits vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung von betroffenen Körperteilen, Sinnesorganen oder deren Funktionen, wird dies berücksichtigt. Und zwar wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese wird nach Teil C Ziffer 2.1.1 (1), (2) bemessen.
- (6) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammen gerechnet. Dies gilt nicht für Teil C Ziffer 2.1.1 (1). Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- (7) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- (8) Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre. Und zwar in folgenden Fällen:
- Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall mit Anspruch auf Invaliditätsleistung.
 - Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall und ist ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden.

2.1.2 Progressionsstaffel 350 %

Führt ein Unfall nach Teil C Ziffer 1 nach den Bemessungsgrundsätzen gem. Teil C Ziffer 2.1 zu einer dauernden Invalidität, werden bei der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- Für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die einfache Invaliditätssumme;
- Für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
- Für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünf-fache Invaliditätssumme.

2.1.3 Auszahlung der Versicherungsleistung wegen dauernder Invalidität

- (1) Wir müssen innerhalb von drei Monaten erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Und zwar sobald uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen und
 - Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens.
- (2) Erkennen wir den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb von zwei Wochen.
- (3) Innerhalb eines Jahres nach dem Unfall kann die Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens nur bis zur Höhe der Todesfallsumme beansprucht werden.
- (4) Die versicherte Person und wir können den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen lassen. Und zwar längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls. Dieses Recht muss von uns mit Abgabe der Erklärung entsprechend Teil C Ziffer 2.1.3 (1) ausgeübt werden. Die versicherte Person muss dieses Recht vor Ablauf der Frist ausüben. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir sie bereits erbracht haben, so müssen wir den Mehrbetrag mit 5 % jährlich verzinsen.

2.2 Leistungen im Todesfall

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod der versicherten Person, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme an die Erben.

2.3 Leistungen für Bergungskosten

Wir leisten Ersatz für Such-, Rettungs- und Bergungskosten, wenn die versicherte Person nach einem Unfall gerettet oder geborgen werden muss. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person vermisst wird und befürchtet werden muss, dass ihr etwas zugestoßen ist. Und zwar im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme.

- 2.4 Leistungen für unfallbedingte kosmetische Operationen
- (1) Wir leisten im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene Arztkosten und sonstige Operationskosten. Außerdem für notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus. Dies sofern die Körperoberfläche der versicherten Person durch den Unfall (nach Teil C Ziffer 1) derart beschädigt oder verformt ist, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person dauernd beeinträchtigt ist.
 - (2) Die versicherte Person hat sich innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall einer kosmetischen Operation oder klinischen Behandlung unterzogen. Und zwar zur Behebung der unfallbedingten Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes. Der Beginn der Behandlung muss uns im Vorfeld angezeigt werden.
 - (3) Kein Ersatz wird geleistet für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten. Ebenso ausgeschlossen ist der Ersatz der Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege. Dies soweit nicht die Hinzuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wurde.

3. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?

3.1 Leistungsfreiheit

Wir müssen in folgenden Fällen nicht leisten:

- Die versicherte Person täuscht uns nach Eintritt des Versicherungsfalles durch unzutreffende Angaben.
- Die versicherte Person begeht einen Täuschungsversuch durch unzutreffende Angaben.

Die Umstände, die von der Täuschung betroffen sind, müssen für die Leistungspflicht nach Grund und/oder Höhe von Bedeutung sein.

3.2 Leistungsausschlüsse

Wir leisten nicht für:

- Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen. Außerdem durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- Unfälle, die der versicherten Person bei vorsätzlicher Ausführung einer Straftat oder dem Versuch einer Straftat zustoßen.
- Unfälle, die der versicherten Person durch Teilnahme an Fahrtveranstaltungen und Übungsfahrten mit Motorfahrzeugen zustoßen. Dies gilt, wenn diese Veranstaltungen auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ausgerichtet sind. Die versicherte Person darf dabei weder Fahrer, Beifahrer noch Insasse sein.
- Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräte) sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs.
- Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen und andere im Einverständnis mit der versicherten Person vorgenommene Eingriffe in ihren Körper. Dies gilt nicht, wenn diese durch den Unfall bedingt sind.
- Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Infektionen und Vergiftungen.
- Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass der Unfall die überwiegende Ursache ist.
- Bauch- oder Unterleibsbrüche.
- Unfälle, die durch die Teilnahme an Streik, inneren Unruhen, Kriegereignissen, Expeditionen, Vorsatz, Kernenergie und Eingriffe von hoher Hand entstanden sind.

3.3 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

Bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen bei der durch den Unfall hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, erfolgt eine Leistungskürzung. Und zwar wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt. Allerdings nur, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

4. Was müssen Sie im Schadenfall beachten (Obliegenheiten)?

4.1 Verpflichtung zur Kostenminderung

Die versicherte Person muss den Schaden möglichst gering halten und unnötige Kosten vermeiden.

4.2 Unverzügliche Kontaktaufnahme

Im Versicherungsfall müssen Sie unverzüglich Kontakt mit uns aufnehmen.

4.3 Verpflichtung zur Auskunft

- (1) Nach Eintritt des Versicherungsfalles muss die versicherte Person:
 - jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, zu unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit).
 - die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht ermöglichen. Dies bedeutet, dass die versicherte Person alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit).
- (2) Wir können ebenfalls verlangen, dass zum Nachweis die Rechnungsbelege im Original eingereicht werden. Es muss uns gestattet werden, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.
- (3) Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zusteht, muss auch dieser die vertraglichen Pflichten erfüllen. Dies sind Auskunfts- und Aufklärungspflicht und Belegbeschaffung.

4.4 Weitere Verpflichtungen

- (1) Die versicherte Person muss sich von den von uns beauftragten Ärzten untersuchen lassen. Die für die Untersuchung notwendigen Kosten tragen wir.
- (2) Außerdem müssen die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer und Behörden von der Schweigepflicht entbunden werden.
- (3) Die versicherte Person muss uns den Tag der beabsichtigten Ausreise in ihr Heimatland mitteilen. Und zwar mindestens einen Monat vor Abreise.
- (4) Hat der Unfall den Tod der versicherten Person zur Folge, muss uns dies innerhalb von 48 Stunden gemeldet werden. Dies gilt auch, wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Sie müssen uns das Recht verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

5. Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

- 5.1 Die versicherte Person verliert den Anspruch auf Leistung, wenn sie:
 - entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder falsche Angaben macht.
 - uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung stellt.
 - sonstige vertragliche Obliegenheiten verletzt.
- 5.2 Bei grob fahrlässigem Verstoß gegen diese Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig. Wir aber können die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.
- 5.3 Auch wenn die versicherte Person die vertraglichen Obliegenheiten verletzt, müssen wir weiterhin leisten. Dies gilt dann, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Obliegenheiten nicht ursächlich für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht war.
- 5.4 Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit folgende Voraussetzung: Wir müssen die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hinweisen.
- 5.5 Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir leistungsfrei.

Teil D – Reisehaftpflichtversicherung

1. Wofür besteht Versicherungsschutz?

1.1 Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens

- (1) Wir bieten, sofern vereinbart, Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Dies gilt dann, wenn die versicherte Person während des Aufenthaltes wegen eines Schadenereignisses aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.
- (2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson. Und zwar bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens insbesondere:

- als Familien- und Haushaltsvorstand (z.B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige).
 - als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb).
 - aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in Teil D Ziffer 4.4 (3) genannten Sportarten).
 - als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken. Die Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sind nicht versichert.
- (3) Schadenereignisse sind Tod, Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden).

1.2 Vermögensschäden

Ebenfalls mitversichert sind Vermögensschäden, die sich aus einem versicherten Personen- oder Sachschaden ergeben haben.

2. Welche Leistungen umfasst Ihre Reisehaftpflichtversicherung?

2.1 Prüfung der Haftpflichtfrage und Ausgleich berechtigter Ansprüche

- (1) Der Versicherungsschutz umfasst:
- die Prüfung der Haftpflichtfrage;
 - die Abwehr unberechtigter Ansprüche auf Schadenersatz;
 - die Freistellung der versicherten Person von berechtigten Schadenersatzansprüchen.
- (2) Berechtigt sind Schadenersatzansprüche dann, wenn die versicherte Person zur Entschädigung verpflichtet ist und wir hierdurch gebunden sind. Dies kann eine Verpflichtung aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleichs zur Entschädigung sein. Wir sind an Anerkenntnisse und Vergleiche, die von der versicherten Person ohne unsere Zustimmung abgegeben oder geschlossen worden sind, gebunden. Allerdings nur, insoweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.
- (3) Wir müssen die versicherte Person binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freistellen. Allerdings erst, wenn die Schadenersatzverpflichtung der versicherten Person mit bindender Wirkung für uns festgestellt wurde. Wir sind zur Prozessführung bevollmächtigt. Und zwar dann, wenn es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadenersatzansprüche gegen Sie oder eine versicherte Person kommt. Wir führen den Rechtsstreit in Ihrem Namen oder im Namen des Mitversicherten auf unsere Kosten.

2.2 Kosten eines Rechtsstreits.

Wir tragen die Kosten für einen Verteidiger der versicherten Person, wenn es sich um ein Strafverfahren mit möglichem Haftpflichtanspruch handelt. Dieser muss allerdings unter den Versicherungsschutz fallen. Es werden sowohl die gebührenordnungsmäßigen Kosten als auch die mit uns besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers übernommen. Und zwar dann, wenn in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses die Bestellung eines Verteidigers von uns gewünscht oder genehmigt wurde.

3. Was gilt außerdem?

3.1 Schäden am Hausrat des Gastfamilienhaushalts

- (1) Eingeschlossen ist die gesetzliche Haftpflicht aus der Beschädigung des Hausrats der Gastfamilie, die fahrlässig durch die versicherte Person herbeigeführt wurden.
- (2) Zum Hausrat gehören die Einrichtung (sofern nicht fest mit dem Gebäude verbunden) und die Gegenstände des täglichen Gebrauchs mit Ausnahme der Verbrauchsgüter (z. B. Lebensmittel etc.).
- (3) Ausgeschlossen sind
- Haftpflichtansprüche wegen
 - Schäden an elektronischen Geräten aller Art (z.B. PC, Handy, Netbook, Laptop, TV, etc.);
 - alle sonstigen Schäden, soweit sich die Gastfamilie hiergegen besonders versichern kann;
 - Abnutzung, Verschleiß und übermäßige Beanspruchung;
 - Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- u. Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- u. Gasgeräten.
 - unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadensereignissen fallenden Rückgriffsansprüche.
- (4) Die Höchstersatzleistung ist im Rahmen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen vereinbarten Sachschaden- bzw. Pauschaldeckungssumme je Schadenereignis und je versicherter Person auf 2.500,- EUR begrenzt.

- (5) Von jedem Schaden dieser Art haben Sie bzw. die versicherte Person 10% des erstattungsfähigen Schadens, mind. 150,- EUR selbst zu tragen (Selbstbehalt).

3.2 Mitversicherung des Schlüsselverlustrisikos

- (1) Eingeschlossen ist die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von fremden privaten Wohnungsschlüsseln und fremden beruflichen Schlüsseln, die sich rechtmäßig im Gewahrsam der versicherten Person befunden haben.

Der Versicherungsschutz umfasst die Kosten für die notwendige Auswechslung von Schlössern und Schließanlagen sowie vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (Notschloss) und – falls erforderlich – einen Objektschutz bis zu 2 Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an welchem der Verlust des Schlüssels festgestellt wurde.

- (2) Ausgeschlossen bleiben

- Folgeschäden, die sich aus einem Schlüsselverlust ergeben (z. B. Einbruch);
- die Haftungen aus dem Verlust von Schlüsseln zu beweglichen Sachen (auch Tresor- und Möbelschlüssel).

- (3) Die Höchstersatzleistung ist die Rahmen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen vereinbarten Sachschaden- bzw. Pauschaldeckungssumme je Schadenereignis und je versicherter Person auf 250,- EUR begrenzt.

3.3 Mietsachschäden

- (1) aus der Benutzung der zur Unterkunft auf Reisen vorübergehend zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden (z.B. Hotel- u. Pensionszimmer, Ferienwohnungen, Bungalows) sowie der Räume, deren Benutzung in Zusammenhang mit der Beherbergung vorgesehen und gestattet ist (z.B. Speiseräume, Gemeinschaftsbäder). Die Deckungssumme beträgt je Mietsachschadenereignis 25.000,- EUR.

- (2) Ausgeschlossen sind jedoch

- Haftpflichtansprüche wegen
 - Schäden an beweglichen Sachen wie Bildern, Mobiliar, Fernsehapparaten, Geschirr etc.;
 - Abnutzung, Verschleiß und übermäßige Beanspruchung;
 - Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- u. Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- u. Gasgeräten.
- unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadensereignissen fallenden Rückgriffsansprüche.

4. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?

4.1 Begrenzung der Leistungen

- (1) Unsere Entschädigung ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt. Für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist die Entschädigung auf das Einfache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.
- (2) Mehrere zeitlich zusammenhängende Versicherungsfälle aus derselben Ursache gelten als ein Versicherungsfall. Unsere Aufwendungen für Kosten werden nicht auf die Versicherungssumme angerechnet.
- (3) Wir tragen die Prozesskosten im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche. Und zwar dann, wenn die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Versicherungssumme übersteigen.
- (4) Renten, die geleistet werden müssen, werden von uns nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert erstattet. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:
- Die versicherte Person muss Rentenzahlungen an den Geschädigten leisten;
 - Der Kapitalwert der Rente übersteigt die Versicherungssumme;
 - Der Kapitalwert der Rente übersteigt den verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme nach Abzug sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall.
- (5) Für die Berechnung des Rentenwertes gilt folgende Vorschrift: Die Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles.

- (6) Bei der Berechnung des Betrages, mit dem die versicherte Person sich an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.
- (7) Wir kommen für den Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht auf. Dies für den Fall, dass die von uns verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert.

4.2 Leistungsfreiheit

Wir müssen in folgenden Fällen nicht leisten:

- Die versicherte Person täuscht uns nach Eintritt des Versicherungsfalles durch unzutreffende Angaben.
- Die versicherte Person begeht einen Täuschungsversuch durch unzutreffende Angaben.

Die Umstände, die von der Täuschung betroffen sind, müssen für die Leistungspflicht nach Grund und/oder Höhe von Bedeutung sein.

4.3 Nicht versicherte Haftpflichtrisiken

Nicht versichert ist die Haftpflicht der versicherten Person:

- als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Führer eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.
- als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd.
- aus der Ausübung eines Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art.
- aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte.

4.4 Nicht versicherte Haftpflichtansprüche

- (1) Nicht versichert sind Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen:
- (2) Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen;
- (3) Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfe, Kampfsport wie Judo, Kungfu und dgl. sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu;
- (4) Glasschäden;
- (5) Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
- (6) Haftpflichtansprüche wegen Schäden die an fremden Sachen durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der versicherten Person an oder mit diesen Sachen (z.B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind. Bei Schäden an fremden unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile unmittelbar Gegenstand der Tätigkeit gewesen sind. Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz. Dies sowohl für Sie wie für die durch den Vertrag mitversicherten Personen. Die Erfüllung von Verträgen und die an die Stelle der Erfüllungsleistung tretende Ersatzleistung ist nicht Gegenstand der Haftpflichtversicherung. Auch dann nicht, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt, desgleichen nicht der Anspruch aus der gesetzlichen Gefahrtragung (für zufälligen Untergang und zufällige Verschlechterung).
- (7) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den von der versicherten Person (oder in ihrem Auftrage oder für ihre Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen.
- (8) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z.B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha, Beta- und Gammastrahlung sowie Neutronen

oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- oder Maserstrahlen.

- (9) Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
- (10) Haftpflichtansprüche
- aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel. Außerdem Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder. Demnach Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind;
 - zwischen mehreren versicherten Personen desselben Vertrages;
 - von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen;
 - von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften;
 - von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine;
 - von Liquidatoren.

Die Ausschlüsse unter Teil D Ziffer 4.4 (10) erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen. Dies sofern sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.

- (11) Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass Sie oder die versicherte Person besonders gefährliche Umstände, deren Beseitigung wir billigerweise verlangen konnten und verlangt haben, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigte. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährlich.
- (12) Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen sowie Sachschäden, die durch Krankheit der versicherten Person gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind.

5. Was müssen Sie im Schadenfall beachten (Obliegenheiten)?

5.1 Verpflichtung zur Kostenminderung

Die versicherte Person muss den Schaden möglichst gering halten und unnötige Kosten vermeiden.

5.2 Unverzügliche Kontaktaufnahme

Sie müssen uns jeden Versicherungsfall unverzüglich anzeigen auch wenn noch keine Ansprüche auf Schadenersatz erhoben wurden.

5.3 Unverzügliche Meldung im Rechtsstreit.

Unverzüglich angezeigt werden muss folgendes:

- wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch erhoben;
- wird ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet;
- wird ein Mahnbescheid erlassen;
- wird der versicherten Person gerichtlich der Streit verkündet.

Die versicherte Person muss uns außerdem anzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.

5.4 Überlassung der Prozessführung

- (1) Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, muss Sie uns die Führung des Verfahrens überlassen. Wir beauftragen in ihrem Namen einen Rechtsanwalt. Die versicherte Person muss dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.
- (2) Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz muss die versicherte Person fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weisung unsererseits bedarf es nicht.
- (3) Die versicherte Person ist nicht berechtigt ohne unsere vorherige Zustimmung einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise nicht anzuerkennen oder zu befriedigen. Leistet die versicherte Person dennoch Entschädigung, ohne

zuvor unser Einverständnis einzuholen, sind wir leistungsfrei. Es sei denn, die versicherte Person konnte nach den Umständen die Anerkennung oder die Leistung der Entschädigung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern.

5.5 Überlassung von Rechtsausübung in Rentenfällen
Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse die Aufhebung oder die Minderung einer zu zahlenden Rente zu Recht fordern kann, muss die versicherte Person dieses Recht in ihrem Namen von uns ausüben lassen. Die Bestimmungen unter Teil D Ziffer 5 finden entsprechend Anwendung.

5.6 Bevollmächtigung
Wir gelten als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs uns zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

5.7 Verpflichtung zur Auskunft
(1) Nach Eintritt des Versicherungsfalles muss die versicherte Person:

- Jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, zu unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit).
- die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht ermöglichen. Dies bedeutet, dass die versicherte Person alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit).

(2) Wir können ebenfalls verlangen, dass zum Nachweis die Rechnungsbelege im Original eingereicht werden. Es muss uns gestattet werden, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.
(3) Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zusteht, muss auch dieser die vertraglichen Pflichten erfüllen. Dies sind Auskunfts- und Aufklärungspflicht und Belegbeschaffung.
(4) Die versicherte Person muss, unter Beachtung unserer Weisung nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens sorgen. Dies muss der versicherten Person zumutbar sein. Außerdem muss sie alles tun, was zur Aufklärung des Schadenfalls dient. Sie muss ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadenbericht erstatten und alle Umstände, die mit dem Schadenereignis in Zusammenhang stehen, mitteilen. Die entsprechenden Schriftstücke müssen eingereicht werden.

6. Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

(1) Die versicherte Person verliert den Anspruch auf Leistung, wenn sie:

- entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder falsche Angaben macht.
- uns Person vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung stellt.
- sonstige vertragliche Obliegenheiten verletzt.

(2) Bei grob fahrlässigem Verstoß gegen diese Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig. Wir aber können die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.
(3) Auch wenn die versicherte Person die vertraglichen Obliegenheiten verletzt, müssen wir weiterhin leisten. Dies gilt dann, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Obliegenheiten nicht ursächlich für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht war.
(4) Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit folgende Voraussetzung: Wir müssen die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hinweisen.
(5) Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir leistungsfrei.

Teil E – Notfallversicherung

1. Wofür besteht Versicherungsschutz?

Wir bieten Versicherungsschutz für einen Notfall nach Teil E Ziffer 2, der während Ihrer Reise eintritt. Mit unserem Notfall-Service helfen wir Ihnen bei allen in Teil E Ziffer 2 aufgeführten Notfällen, die einer versicherten Person während der Reise zustoßen.

2. Welche Leistungen umfasst Ihre Notfallversicherung?

Bei einem Versicherungsfall ersetzen wir nachfolgende Kosten:

2.1 bei Unfall/Krankheit und Tod

(1) Krankentransport

Tritt ein Versicherungsfall innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein und ergibt sich daraus eine stationäre Behandlungsnötigkeit von mindestens fünf Tagen, organisieren wir auf Wunsch der versicherten Person und bei nachgewiesener Transportfähigkeit, den Krankentransport mit medizinisch adäquaten Transportmitteln vom Aufenthaltsort an den Wohnort der versicherten Person bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus. Wir übernehmen die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden Mehrkosten bis zu einer Höhe von 2.500,- EUR.

(2) Wir organisieren und bezahlen die zusätzliche Rückholung des Reisegepäcks, sofern alle mitversicherten erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden oder verstorben sind.

(3) Rückreisekosten ins Heimatland

Wir erstatten die Kosten für eine zwischenzeitliche Rückreise der versicherten Person ins Heimatland in einer einfachen Reiseform, z. B. Bahnfahrt 2. Klasse oder kostengünstigstes Flugticket der Touristenklasse, bei schwerer Krankheit, lebensbedrohlichen Unfallfolgen oder Tod eines Angehörigen, sofern die schwere Krankheit oder der Unfall bei dem Angehörigen erst nach Ankunft der versicherten Person im Gastland auf- bzw. eingetreten und ärztlich festgestellt worden ist und das ursprüngliche Ticket nicht benutzt oder umgebucht werden kann.

Als Angehörige der versicherten Person gelten Ehepartner oder Lebensgefährte einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft, Kinder, Eltern, Adoptiveltern, Stiefeltern, Geschwister, Großeltern, Enkel. Die Rückreise der versicherten Person ins Gastland nach einer notfallbedingten Heimreise in einer einfachen Reiseform, z. B. Bahnfahrt 2. Klasse oder kostengünstigstes Flugticket der Touristenklasse erstatten wir, wenn mehr als 30 Tage bis zur ursprünglich geplanten Rückreise im Gastland verbleiben oder wenn die versicherte Person in das Gastland zurückkehren muss, um eine für die weitere Schullaufbahn notwendige Prüfung abzulegen. Die Kosten für die endgültige Heimreise übernehmen wir dann, wenn das Rückreiseticket für die notfallbedingte Rückreise verwendet bzw. umgebucht wurde. Die Höchstersatzleistung ist pro Versicherungsjahr auf 1.000,- EUR begrenzt.

2.2 Reiseruf

Wenn die versicherte Person während der Reise nicht erreicht werden kann, bemühen wir uns um einen Reiseruf (z. B. über den Rundfunk) und übernehmen hierfür die Kosten.

2.3 Strafverfolgung

Für die nachfolgend aufgeführten Kosten gewähren wir ein Darlehen. Das Darlehen muss von Ihnen bzw. der versicherten Person unverzüglich nach der Erstattung durch die Behörde oder das Gericht, spätestens jedoch innerhalb von drei Monaten nach Auszahlung, an uns zurückgezahlt werden.

(1) Hilfe bei Haft und Haftandrohung

Wird die versicherte Person verhaftet oder mit Haft bedroht, sind wir bei der Beschaffung eines Anwalts und/oder eines Dolmetschers behilflich. In diesem Zusammenhang anfallende Gerichts-, Anwalts- und Dolmetscherkosten strecken wir bis zu einer Summe von 2.500,- EUR als Darlehen vor.

(2) Darlehen für Strafkautions

Die von den Behörden eventuell verlangte Strafkautions strecken wir bis zu einer Höhe von 15.000,- EUR als Darlehen vor.

2.4 Verlust von Zahlungsmitteln und Dokumenten

(1) Verlust von Reisezahlungsmitteln

Gerät die versicherte Person durch den Verlust ihrer Reisezahlungsmittel aufgrund von Diebstahl, Raub oder sonstigem Abhandenkommen in eine finanzielle Notlage, stellen wir über unseren Notfall-Service den Kontakt zur Hausbank her.

Sofern erforderlich, helfen wir bei der Übermittlung eines von der Hausbank zur Verfügung gestellten Betrages an die versicherte Person. Ist eine Kontaktaufnahme zur Hausbank binnen 24 Stunden nicht möglich, stellen wir über unseren Notfall-Service der versicherten Person ein Darlehen unter Vorlage einer Kopie des Personalausweises oder des Reisepasses bis zu 2.500,- EUR zur Verfügung. Dieses Darlehen ist binnen eines Monats nach dem Ende der Reise in einer Summe an uns zurückzuzahlen.

(2) Verlust von Kreditkarten und EC- bzw. Maestro-Karten

Bei Verlust von Kreditkarten und EC- bzw. Maestro-Karten helfen wir der versicherten Person bei der Sperrung der Karten. Wir haften jedoch nicht für den ordnungsgemäßen Vollzug der Sperrung und die trotz Sperrung entstehenden Vermögensschäden.

(3) Verlust von Reisedokumenten

Bei Verlust von Reisedokumenten helfen wir bei der Ersatzbeschaffung.

2.5 Umbuchungen/Verspätungen

Gerät die versicherte Person in Schwierigkeiten, weil sie ein gebuchtes Verkehrsmittel versäumt oder weil es zu Verspätungen oder Ausfällen gebuchter Verkehrsmittel kommt, so helfen wir bei der Umbuchung. Umbuchungskosten und erhöhte Reisekosten trägt die versicherte Person. Wir informieren Dritte auf Wunsch der versicherten Person über Änderungen des geplanten Reiseverlaufes.

3. Was müssen Sie im Schadenfall beachten (Obliegenheiten)?

3.1 Verpflichtung zur Kostenminderung

Die versicherte Person muss den Schaden möglichst gering halten und unnötige Kosten vermeiden.

3.2 Unverzügliche Kontaktaufnahme

Sie müssen uns jeden Versicherungsfall unverzüglich anzeigen auch wenn noch keine Ansprüche auf Schadenersatz erhoben wurden.

4. Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

(1) Die versicherte Person verliert den Anspruch auf Leistung, wenn sie:

- entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder falsche Angaben macht.
- uns Person vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung stellt.
- sonstige vertragliche Obliegenheiten verletzt.

(2) Bei grob fahrlässigem Verstoß gegen diese Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig. Wir aber können die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht,

wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.

(3) Auch wenn die versicherte Person die vertraglichen Obliegenheiten verletzt, müssen wir weiterhin leisten. Dies gilt dann, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Obliegenheiten nicht ursächlich für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht war.

(4) Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit folgende Voraussetzung: Wir müssen die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hinweisen.

(5) Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir leistungsfrei.

Teil F – Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen

angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

Teil G – Merkblatt zur Datenverarbeitung

Versicherer können heute ihre Aufgabe nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich bearbeiten. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten zu Ihrer Person (personenbezogene Daten) bezeichnen wir im Folgenden vereinfachend als „Datenverarbeitung“. Diese Datenverarbeitung ist zulässig, wenn es die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), die datenschutzrelevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetz (VVG) oder eine andere Rechtsvorschrift erlaubt oder wenn Sie eingewilligt haben.

Gerne informieren wir Sie hier über Ihre Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg
Telefon: 0931-2795-0
Fax: 0931-2795-290
Email: info@wuerzburger.com

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter obiger Adresse oder unter datenschutzbeauftragter@wuerzburger.com

Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter der Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), der datenschutzrelevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetz (VVG) oder aller weiteren Rechtsvorschriften.

Wenn Sie sich bei uns versichern möchten, benötigen wir Ihre Daten für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten, um Ihnen die Police auszustellen, Ihnen eine Rechnung schicken zu können oder Sie darüber zu informieren, wie Sie am einfachsten Ihre Rechte und Leistungen geltend machen können. Angaben in Schaden- und Leistungsfällen benötigen wir zur Prüfung, wie Sie sich im Detail abgesichert haben und welche Leistungen Sie von uns erhalten. Der Abschluss bzw. die Durchführung des Vertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Beeinträchtigung, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Sachschaden oder bei erfolgter Schadenregulierung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung von personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1b.) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, z.B. Gesundheitsdaten, erforderlich sind, holen wir gesondert Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a.) i.V.m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j.) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG. Die Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a.) i.V.m. 7 DSGVO können Sie jederzeit für die Zukunft formlos unter der obigen Adresse widerrufen.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1f.) DSGVO). Dies kann erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir die Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können (Betrugsbekämpfung).

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben und Verpflichtungen. Dazu gehören z.B. aufsichtsrechtliche Vorgaben, handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten oder unsere Beratungs- und Betreuungspflicht. Als Rechtsgrundlage dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i.V.m. Art. 6 1c.) DSGVO.

Weitere Empfänger personenbezogener Daten

Vermittler:

Werden Sie von einem Vermittler betreut, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Daten. Diese Daten gibt der Vermittler an uns weiter. Wir übermitteln im Gegenzug auch Daten an den Vermittler, soweit der Vermittler diese Informationen zur Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Externe Dienstleister:

Wir arbeiten mit ausgewählten Dienstleistern zusammen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erfüllen zu können. In der Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen bzw. Unternehmenskategorien, mit denen wir dauerhafte Geschäftsbeziehungen haben. Die jeweils aktuelle Version der Dienstleisterliste können Sie auf unserer Internetseite www.wuerzburger.com einsehen.

Rückversicherer und andere Versicherer

Im Interesse unserer Versicherungsnehmer werden wir auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Versicherer und Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese benötigen im Einzelfall versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Leistungsfall ggf. auch Ihre Personalien.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Speicherungsdauer Ihrer Daten

Wir speichern Ihre Daten für die Laufzeit Ihres Vertrages und der Bearbeitung Ihres Leistungsfall. Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung von gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungspflichten betragen bis zu zehn Jahren.

Ihre Datenschutzrechte

Sie haben ein Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre durch uns gespeicherten Daten und deren Verwendung, sowie ein Recht auf Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Wir stellen Ihnen die von uns gespeicherten Daten auf Wunsch in einem gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Falls Sie Daten einsehen oder etwas geändert bzw. berichtigt haben wollen, wenden Sie sich an die oben genannte Adresse.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Als Versicherer sind wir befugt, in bestimmten Fallgruppen (z.B. bei einer Entscheidung zum Abschluss oder der Erfüllung eines Vertrages) Ihre personenbezogenen Daten (auch Ihre Gesundheitsdaten) einer sogenannten automatisierten Einzelfallentscheidung zugrunde zu legen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Information.

Falls wir dem Antrag auf Versicherungsleistung nicht oder nur teilweise nachkommen, haben Sie folgende Rechte:

- Recht auf Einwirkung des Eingreifens einer Person durch uns als Verantwortlichen,
- Darlegung des eigenen Standpunkts und
- Recht auf Anfechtung der Entscheidung.

Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten

Zur Beschwerde haben Sie die Möglichkeit sich an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 27
91522 Ansbach