ALLGEMEINE
VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN 2021

MyHEALTH INTERNATIONAL

Réf: MHI Cov 21

STAATENLOS
WEIL DEIN LEBEN DIR GEHÖRT

Staatenlos Rahmenvertrag

april international

Insurance made easy.

Aktualisiert: Dezember 2020

Wenn *Sie* Fragen zu Ihrem Vertrag haben, kontaktieren *Sie* uns bitte. *Wir* helfen Ihnen und beraten *Sie* gern:

Zone Asien-Pazifik	Zone Afrika, Europa und Mittlerer Osten	Zone Amerika
APRIL International Care - Bangkok Tel : +66 (0) 2022 9180 E-Mail : infobangkok@april-international.com Von Montag bis Freitag von 8:30 à 18:00 Uhr	APRIL International Care - Deutschland Tel : +49 (0)89 43 607 288 E-Mail : kundenbetreuung@april.com Von Montag bis Freitag von 9:00 à 17:30 Uhr APRIL International Care - Paris Tel : +33 (0) 1 73 02 93 93 E-Mail : info.expat@april-international.com Von Montag bis Freitag von 8:30 à 18:00 Uhr	APRIL International Care - Mexiko Tel : +52 (55) 52 80 13 37 E-Mail : infomexico@april-international.com Von Montag bis Freitag von 8:30 à 18:00 Uhr

Unsere Berater sind ebenfalls erreichbar über: **Facebook Messenger**

INHALT

1. DEFINITIONEN ..... P. 3
1.1. DEFINITIONEN, DIE ALLE VERSICHERUNGEN BETREFFEN ..... p. 3
1.2. SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNG ..... p. 3
1.3. SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE ASSISTANCE-VERSICHERUNG ..... p. 4
1.4. SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE PRIVATE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG ..... p. 4
1.5. SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG ..... p. 5
1.6. SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT ..... p. 5

2. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN UND TERRITORIALE GÜLTIGKEIT IHRES VERTRAGES ..... P. 5
2.1. WELCHE LEISTUNGEN SIND DURCH IHREN VERTRAG VERSICHERT?
2.2. WO SIND *SIE* VERSICHERT?

3. WER KANN EINEN VERTRAG ABSCHLIESSEN? ..... P. 6

4. DATUM DES INKRAFTTRETENS, DAUER UND WIDERRUF DES VERTRAGES ..... P. 7
4.1 WANN BEGINNT IHR VERTRAG? ..... p. 7
4.2 FÜR IHREN VERTRAG GELTENDE *WARTEZEITEN* ..... p. 7
4.3 GÜLTIGKEITSDAUER UND VERSICHERUNGSLAUFZEIT IHRES VERTRAGES ..... p. 7
4.4 EINSTELLUNG DER LEISTUNGEN IHRES VERTRAGES ..... p. 8
4.5 WIE KÖNNEN *SIE* VON IHREM VERTRAG ZURÜCKTRETEN? ..... p. 8

5 BEITRÄGE ..... P. 9
5.1 WIE WIRD DIE HÖHE IHRER *BEITRÄGE* BESTIMMT ..... p. 9
5.2 ZAHLUNGSWEISEN ..... p. 9
5.3 WAS PASSIERT BEI NICHTZAHLUNG DER *BEITRÄGE?* ..... p. 9

6. ÄNDERUNGEN IHRES VERTRAGES ..... P. 9
6.1 WIE KÖNNEN *SIE* IHREN VERTRAG ÄNDERN? ..... p. 9
6.2 WELCHE INFORMATIONEN MÜSSEN *SIE* UNS MITTEILEN? ..... p. 10

7. WAS IST DURCH IHREN VERTRAG VERSICHERT UND WIE KÖNNEN SIE LEISTUNGEN ERHALTEN? ..... P. 10
7.1 HEILBEHANDLUNGSKOSTEN ..... p. 10
7.2 ASSISTANCE-LEISTUNGEN ..... p. 12
7.3 PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG ..... p. 16
7.4 STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG/DOPPELEFFEKT ..... p. 17
7.5 KRANKENTAGEGELD BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT ..... p. 19

8. WAS IHR VERTRAG AUSSCHLIESST ..... P. 21

9. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN ..... P. 24

1. DEFINITIONEN

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

1.1. DEFINITIONEN, DIE ALLE VERSICHERUNGEN BETREFFEN

A

AUSSCHLÜSSE: was nicht durch den Versicherungsvertrag versichert ist. Alle Verträge enthalten Versicherungsausschlüsse.
AUSSCHLUSSLÄNDER: In einigen Ländern wird in Abhängigkeit von Ereignissen, zu denen es dort kommen könnte, kein Versicherungsschutz gewährt. Die vollständige Liste der Ausschlussländer steht auf der Webseite www.april-international.com zur Verfügung oder ist auf Anfrage unter +49 (0) 89 43 60 7 288 oder per E-Mail an kundenbetreuung@april.com erhältlich. Diese Liste der Ausschlussländer kann im Laufe der Zeit geändert werden.

B

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

D

DATUM DES INKRAFTTRETENS: Datum, an dem der Vertrag beginnt. Dieses Datum ist auf der *Versicherungsbescheinigung* vermerkt.
D.R.O.M.: (überseeische Departements und Regionen): Guadeloupe, Guyana, Martinique, La Réunion und Mayotte.

E

ERKRANKUNG: Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes oder Krankheit.

H

HAUPTVERSICHERTER, „SIE“: natürliche Person, die die Versicherung abschließt und deren Leistungen bei einem *Schadensfall* in Anspruch nimmt.
HERKUNFTSLAND: Wohnsitzland des Versicherten vor seiner Auswanderung oder das Land seiner Staatsangehörigkeit.

L

LAND DER STAATSANGEHÖRIGKEIT: das Land, das in Ihrem Pass oder jedem anderen offiziellen Personaldokument unter der Rubrik „Staatsangehörigkeit“ angegeben ist.
LEBENSPARTNER: der Ehegatte oder die Ehegattin, der/die vom *Hauptversicherten* weder geschieden ist, noch durch rechtskräftiges Urteil von Tisch und Bett von diesem getrennt lebt, oder der Partner des *Hauptversicherten* im Rahmen einer eingetragenen Partnerschaft (Artikel 515-1 des französischen Bürgerlichen Gesetzbuches), die am Tag des *Schadensfalles* gültig ist. Der Partner des *Hauptversicherten* kann als *Lebenspartner* betrachtet werden, sofern ein Nachweis für den entsprechenden Status vorliegt.

M

MEDIZINISCHE AUTORITÄT: jede Person, die in dem Land, in dem *Sie* sich befinden, Inhaber eines gültigen Diploms für Medizin oder Chirurgie ist und für die Ausübung des Arztberufes in seinen Fachrichtungen approbiert ist.
MEDIZINISCHE VERSORGUNG: Vorfall, der eine ärztliche Konsultation und/oder eine ärztliche Verordnung und/oder eine medizinische Behandlung erforderlich macht.

P

PATHOLOGIE : Gesundheitsstörung oder Krankheit.
PLÖTZLICHE ERKRANKUNG: jede Beeinträchtigung der Gesundheit, die von einer zuständigen *Medizinischen Autorität* festgestellt wird und einen plötzlichen und unvorhersehbaren Charakter hat.

S

SCHADENSFALL: Ereignis, Krankheit oder *Unfall*, wodurch während der Gültigkeit des Vertrages der Versicherungsschutz beansprucht wird.
SYMPTOM: Empfundenes oder beobachtbares Anzeichen, das die Erscheinung eines Gesundheiszustandes oder einer Erkrankung charakterisiert welche seine Erkennung ermöglicht.

U

UNFALL: Jede nicht vorsätzliche körperliche Schädigung des *Versicherten* im Ergebnis eines heftigen, plötzlichen, gewaltsamen, von außen verursachten Ereignisses mit zufälliger und unvorhersehbarer Eigenschaft. Lt. Art. L. 1315 des französischen Bürgerlichen Gesetzbuches müssen *Sie* den Beweis für den *Unfall* und den direkten kausalen Zusammenhang zwischen diesem und den verursachten Kosten erbringen.
UNTERHALTSPFLICHTIGES KIND: Ihr Kind bzw. das Kind Ihres *Lebenspartners*, welches ledig und bis 21 Jahre steuerlich unterhaltspflichtig ist. Kinder unter 28 Jahren, die ein Studium absolvieren, sind ebenfalls mitversichert, sofern sie in derselben Tarifzone wie *Sie* ansässig sind, auch wenn sie nicht mehr bei Ihnen wohnen.

V

VERSICHERUNGSBESCHEINIGUNG: Dokument, das *Wir* dem *Versicherungsnehmer* aushändigen, das seinen Abschluss des Vertrages MyHealth International bestätigt und aus dem vor allem die *Versicherten*, das *Datum des Inkrafttretens* sowie die gewählten Versicherungen und Tarife hervorgehen. Die *Versicherungsbescheinigung* entspricht den Besonderen Vertragsbedingungen.
VERSICHERUNGSNEHMER: natürliche oder juristische Person, die den von der Association des Assurés APRIL unterzeichneten Gruppenvereinbarungen beitritt und die *Beiträge* bezahlt.
VERSICHERUNGSJAHR: Zeitraum von zwölf aufeinanderfolgenden Monaten, der mit dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages beginnt.
ZIELLAND: das Land/die Länder, das/die aus Ihrer *Versicherungsbescheinigung* als *Zielland* und Versicherungsland hervorgeht/hervorgehen.
VORERKRANKUNG: Erkrankung oder Pathologie, die vor dem Datum der Unterzeichnung Ihres Aufnahmeantrages (und Ihres Gesundheitsfragebogens) diagnostiziert, medizinisch versorgt, ärztlich untersucht und/oder behandelt wurde. Als Vorerkrankung gelten alle Störungen und/oder Symptome dieser Art, die eine medizinische Versorgung zur Folge haben, über die Sie Kenntnis hatten bzw. über die Sie zum Zeitpunkt des Abschlusses dieses Vertrages in vertretbarer Weise hätten Kenntnis haben können.

1.2. SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNG:

A

ANGEMESSENE UND ÜBLICHE KOSTEN: Heilbehandlungskosten gelten als angemessen und üblich, wenn sie nicht die Tarife überschreiten, die üblicherweise für eine identische Leistung oder eine Behandlung angewendet werden, an dem Ort, an dem sie entstanden sind. Heilbehandlungskosten können je nach Land, Arzt und Krankenhaus unterschiedlich hoch sein: Mitunter erheben einige medizinische Fachkräfte oder Einrichtungen bei den gleichen erbrachten Leistungen höhere Honorare als andere. Um diesem Missbrauch vorzubeugen und dank einer guten Kenntnis der lokalen Gesundheitssysteme haben *wir* Datenbanken aufgebaut, in denen *wir* seit über 20 Jahren die verschiedenen Gebührenordnungen registrieren und die jedes Jahr aktualisiert werden. Wenn unserer Ansicht nach ein Antrag auf Erstattung unangemessen scheint, behalten wir uns das Recht vor, den zu erstattenden Betrag zu verringern oder den Leistungsantrag abzulehnen.
ANTRAG AUF KOSTENZUSAGE: Formular, das von Ihrem behandelnden Arzt vor Beginn bestimmter Behandlungen und Therapien auszufüllen ist, um unsere *vorherige Genehmigung* dafür einzuholen.

B **BESONDERS SCHWERE ERKRANKUNGEN:** Schlaganfall, Krebs, Diabetes Typ 1, Hepatitis C, HIV-Infektion, Myokardinfarkt, terminale chronische Niereninsuffizienz, Legionellose, Alzheimer, ALS, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Kardiomyopathie, Myopathie, chronische rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose, AIDS.

D **DIREKTE ÜBERNAHME DER STATIONÄREN HEILBEHANDLUNGSKOSTEN:** Bei einer *stationären Heilbehandlung* (*Tagesklinik* oder Krankenhausaufenthalt über 24 Stunden) können die entsprechenden Kosten direkt übernommen werden, ohne dass *Sie* diese vorstrecken müssen, sofern *Sie* ab dem 1. €/US$ oder in Ergänzung der CFE versichert sind und vorbehaltlich der Prüfung Ihrer *Vertraulichen medizinischen Bescheinigung*. *Sie* können diese Serviceleistung mit den Notfallnummern, die aus Ihrem Versicherungsleitfaden hervorgehen, oder durch Vorlage Ihrer Versichertenkarte im Krankenhaus in Anspruch nehmen.

K **KOMPLIKATIONEN BEI SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG:** Dabei handelt es sich u. a. um Komplikationen, die während der pränatalen Phase und während der Schwangerschaft auftreten. Versichert sind die folgenden Fälle: ektopische Schwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie (schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck), Fehlgeburt, Risiko einer Fehlgeburt und Totgeburt oder Blasenmole. Des Weiteren sind die folgenden Erkrankungen versichert, die während der Entbindung auftreten können und geburtshilflich behandelt werden müssen: nachgeburtliche Blutungen und Plazentaretention.

M **MEDIZINISCHER NOTFALL:** jede Beeinträchtigung der Gesundheit, die von einer zuständigen *medizinischen Autorität* festgestellt wird, die plötzlich und unvorhersehbar auftrat und innerhalb von 48 Stunden medizinisch behandelt werden muss.

MEDIZINISCH NOTWENDIG : Eine Leistung, die zur Untersuchung oder Behandlung einer Erkrankung notwendig ist, und die auf allgemein anerkannten aktuellen medizinischen Verfahren beruht. Eine Leistung gilt nicht als medizinisch notwendig, wenn sie ausschließlich aus Gründen der Bequemlichkeit für den Leistungserbringer oder den/die Versicherte(n) durchgeführt wird und/oder nicht angemessen ist im Hinblick auf die Symptome des/der Versicherten, und/oder in Dauer oder Intensität den Grad der zur Diagnose oder Behandlung der Erkrankung notwendigen Behandlung übersteigt.

R **REISEIMPFUNGEN:** Anti-Rotavirus (Gastroenteritis), Cholera, Frühsommer-Meningoenzephalitis (Zeckenenzephalitis), Japanische Enzephalitis, Gelbfieber, Typhus, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Leptospirose, Meningitis, Tollwut, Tuberkulose.

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

STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG: Medizinische oder chirurgische Behandlung in einem (öffentlichen oder privaten) Krankenhaus über 24 Stunden nach einem *Unfall* oder aufgrund einer Erkrankung.

T **TAGESKLINIK:** Stationäre Heilbehandlung unter 24 Stunden, bei dem Ihnen ein Bett zugewiesen wird, ohne dass *Sie* die Nacht im Krankenhaus verbringen.

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

V **VERSICHERTER, „SIE“:** alle natürlichen Personen, die lt. Vertrag krankenversichert sind. Dabei handelt es sich um *Sie* und die Mitglieder Ihrer Familie, welche die Bedingungen erfüllen, um versichert zu sein. Diese Personen sind auf der *Versicherungsbescheinigung* vermerkt. Als *Familienmitglieder* gelten Ihr *Lebenspartner* und Ihre *unterhaltspflichtigen Kinder*.

VERTRAULICHE MEDIZINISCHE BESCHEINIGUNG: medizinischer Fragebogen, der vor jedem Krankenhausaufenthalt (bzw. so schnell wie möglich bei einem *Unfall* oder Notfall) von Ihrem behandelnden Arzt auszufüllen und uns zuzuschicken ist, um unsere *vorherige Genehmigung* zu erhalten. Sollten *Sie* diese Formalität nicht erfüllen, wird von Ihrer Erstattung ein *Selbstbehalt* von 20 % einbehalten.

VORHERIGE GENEHMIGUNG: Für *stationäre* und ambulante medizinische *Heilbehandlungen* über 2.000 €/US$ ist die *vorherige Genehmigung* unseres Vertrauensarztes notwendig. Das bedeutet, dass *Sie* uns vor Behandlungsbeginn einen detaillierten Kostenvoranschlag und einen *Antrag auf Kostenzusage* zukommen lassen müssen. Bei einem *Krankenhausaufenthalt* lassen *Sie* bitte das Formular *Vertrauliche medizinische Bescheinigung* von Ihrem Arzt ausfüllen.

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

1.3 SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE ASSISTANCE-VERSICHERUNG

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

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

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

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

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

G **GEPÄCK:** Reisetaschen, Koffer und die enthaltenen persönlichen Sachen oder Gegenstände des *Versicherten*, sowie alle anderen Gegenstände, die bei einer Beförderungsinstanz aufgegeben wurden.

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

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

T **TERRORISTISCHER ANSCHLAG, SABOTAGE, ATTENTAT:** jede illegale, mit ideologischem und/oder politischem Motiv ausgeführte Handlung, die individuell oder kollektiv umgesetzt wird und die sich gegen Personen oder öffentliche oder private Einrichtungen richtet, um:

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

V **VERSICHERTER, „SIE“:** s. Definition Punkt 1.2.

1.4 PEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE PRIVATE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

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

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

P **PERSONENSCHÄDEN:** Schäden, welche die physische Integrität von Personen beeinträchtigen.
S **SACHSCHÄDEN:** Schäden, welche die Struktur oder die Substanz einer Sache beeinträchtigen und Ergebnis eines versicherten Ereignisses sind.
SELBSTBEHALT: s. Definition Punkt 1.2.
V **VERSICHERTER:** s. Definition Punkt 1.2.

1.5 SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG

B **BEGÜNSTIGTER:** natürliche Person(en), die vom *Versicherten* ausgewählt wurde(n), um die Versicherungsleistungen zu erhalten. Vorbehaltlich gegenteiliger Verfügung, die am Tag des Ablebens des *Versicherten* in Kraft tritt, wird das Kapital an dessen überlebenden, nicht geschiedenen, nicht offiziell getrennt lebenden Ehegatten oder an den überlebenden Partner ausgezahlt, mit dem er in eingetragener Partnerschaft lebt, anderenfalls an seine geborenen oder ungeborenen, lebenden
oder vertretenen Kinder wie bei einer Erbschaft und anderenfalls an seine anderen Erben.
Wenn der *Versicherte* wünscht, dass das garantierte Kapital nicht gemäß der obigen Klausel ausgezahlt wird oder wenn er im Laufe des Vertrages einen oder mehrere andere *Begünstigte* bestimmen möchte, muss er den oder die Begünstigten seiner Wahl benennen und dem Versicherer melden. Diese Meldung kann mittels Privat- oder notarieller Urkunde erfolgen. Um mit Namensgleichheit verbundene Risiken auszuschließen und um die Ermittlung des/der bezeichneten *Begünstigen* zu erleichtern, muss der *Versicherte* für jeden *Begünstigen* alle Daten angeben, die dessen Identifizierung ermöglichen, insbesondere den Namen, Vornamen, Geburtsdatum und -ort. *Wir* stellen den *Versicherten* ein Formular mit der Bezeichnung „Bestimmung der *Begünstigten*" zur Verfügung, mit nützlichen Empfehlungen für die Zuweisung der Versicherungssumme des Sterbekapitals bei Versicherungsabschluss oder späterer Änderung des Begünstigten. **Jede Bestimmung oder spätere Änderung derselben, die uns nicht mitgeteilt wird, ist *uns* gegenüber nicht rechtswirksam. *Wir* weisen den *Versicherten* auf die Notwendigkeit hin, die Liste seiner *Begünstigten* regelmäßig zu aktualisieren.** Mit dem Einverständnis des *Versicherten* können Bestimmungen von *Begünstigten* innerhalb einer Frist von mindestens 30 Tagen nach dem Datum des Vertragsabschlusses genehmigt werden, sofern die Bezeichnung kostenlos erfolgt. Dieses Einverständnis ist, solange der *Versicherte* lebt, entweder durch einen vom Versicherer, vom *Versicherten* und vom *Begünstigen* unterschriebenen Nachtrag oder durch notarielle oder Privaturkunde, unterzeichnet vom *Versicherten* und vom *Begünstigten*, zu formalisieren. Das Einverständnis ist gegenüber APRIL International nur dann rechtswirksam, wenn es uns schriftlich mitgeteilt wurde. Der Beweis dieser Anzeige obliegt der Person, die beabsichtigt, sich darauf zu berufen. ***Wir* weisen darauf hin, dass die Bestimmung zugunsten eines bestimmten *Begünstigten* durch Einverständnis desselben unter den obigen Bedingungen unwiderruflich wird.**
Eine Privaturkunde ist eine Urkunde, die durch eine Partei der Urkunde frei verfasst und von allen Parteien dieser Urkunde unterschrieben wird. *Sie* muss in ebenso vielen Originalen vorliegen, wie es Parteien gibt. Privaturkunden können bei der Steuerbehörde registriert werden, müssen es aber nicht. Eine notarielle Urkunde ist eine Urkunde, die von einer Amtsperson erstellt und in dessen Gegenwart von allen Parteien der Urkunde unterschrieben wird. Das Recht auf das garantierte Kapital der *Begünstigten* setzt deren Existenz am übernächsten Tag, folgend auf das Ableben des *Versicherten,* voraus. Der *Begünstigte* der Pflegeversicherung ist der *Versicherte*.
V **VERSICHERTER, „SIE":** der *Hauptversicherte* und/oder sein *Lebenspartner*, sofern dieser ebenfalls im Ausland lebt.

1.6 SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

K **KONSOLIDIERUNG:** dauerhafte Stabilisierung des Gesundheitszustandes des *Versicherten*, wobei sich dieser Zustand weder verbessert noch verschlechtert. Der Gesundheitszustand gilt ebenfalls als konsolidiert, sobald es möglich ist, den Grad der dauerhaften Voll- oder Teilinvalidität zu bestimmen.
S **SELBSTBEHALT:** Zeitraum der Arbeitsunterbrechung, der nicht zu Lohnausgleichszahlungen durch die Versicherung berechtigt.
V **VERSICHERTER, „SIE":** der *Hauptversicherte* und/oder sein *Lebenspartner*, sofern dieser ebenfalls im Ausland lebt.

2. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN UND TERRITORIALE GÜLTIGKEIT IHRES VERTRAGES

2.1. WELCHE LEISTUNGEN SIND DURCH IHREN VERTRAG VERSICHERT?

Der Vertragsabschluss gewährt Ihnen je nach gewählten Angeboten und Tarifen einen Versicherungsschutz:
- ab dem 1. €/US$ ***oder***
- als Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE (Caisse des Français de l'Etranger) ***oder***
- als Zusatzversicherung in Ergänzung der französischen Sozialversicherung (und jeder anderen französischen Pflichtversicherung).

Eine Basis-Assistance-Versicherung ist in der Krankenversicherung inbegriffen. *Sie* können optional die folgenden Versicherungen abschließen:
- umfassende Assistance- und private *Haftpflicht*versicherung,
- Sterbe- und Pflegekapitalversicherung,
- Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit (bei dieser Versicherung ist zuvor eine Sterbe- und Pflegekapitalversicherung abzuschließen).

Die Basis- und die umfassende Assistance-Versicherung sind unter bestimmten Bedingungen unabhängig der Krankenversicherung verfügbar.

2.2. WO SIND *SIE* VERSICHERT?

Mit der Krankenversicherung und Basis-Assistance-Versicherung:
Der Versicherungsschutz gilt jeweils jährlich in den *Versicherungsländern,* die aus Ihrer *Versicherungsbescheinigung* hervorgehen. Der Versicherungsschutz wird ebenfalls in dem/den Geltungsbereich(en) gewährt, in dem/denen sich das *Zielland* befindet, das/die aus Ihrer *Versicherungsbescheinigung* hervorgeht/hervorgehen.

Die sechs folgenden Geltungsbereiche sind verfügbar:
Zone 0: Bahamas (Inseln), Puerto Rico, Vereinigte Staaten
Zone 1: Japan, Singapur
Zone 2: Brasilien, Chile, China, Hong Kong, Kanada, Russland, Saint Barthélémy, Saint Martin, Schweiz, Vereinigtes Königreich
Zone 3: Andorra, Armenien, Australien, Aserbaidschan, Belgien, Britische Jungferninseln, Costa Rica, Deutschland, Dänemark, Ecuador, Estland, Färöer (Inseln), Finnland, Georgien, Gibraltar, Griechenland, Indonesien, Irland, Island, Israel, Italien, Kambodscha, Lettland, Lichtenstein, Litauen, Luxemburg, Malaysia, Malta, Mexiko, Moldawien, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, San Marino, Slowakei, Slowenien, Schweden, Spanien, Svalbard und Jan Mayen, Taiwan, Thailand, Tschechische Republik, Ungarn, Vatikan, Venezuela, Vereinigte Arabische Emirate, Weißrussland, Zypern
Zone 4: Frankreich und DROMs (Guadeloupe, Französisch-Guyana, Martinique, Mayotte und la Réunion), Monaco
Zone 5: alle Länder, die in 0, 1, 2, 3 und 4 nicht aufgezählt wurden

In der Tarifzone 0: Die Versicherung gilt weltweit für jeweils ein Jahr (inkl. im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*).
In der Tarifzone 1: Die Versicherung gilt für jeweils ein Jahr in den Ländern der Zonen 1, 2, 3, 4 und 5 (inkl. im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, wenn es sich in den Zonen 1, 2, 3, 4 oder 5 befindet). Darüber hinaus wird Versicherungsschutz bei *Unfall* bzw. einer *plötzlichen Erkrankung* während befristeter Aufenthalte von weniger als 90 aufeinanderfolgenden Tagen in der Zone 0 gewährt (inkl. im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, wenn es sich in dieser Zone befindet).
In der Tarifzone 2: Die Versicherung gilt für jeweils ein Jahr in den Ländern der Zonen 2, 3, 4 und 5 (inkl. im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, wenn es sich in den Zonen 2, 3, 4 oder 5 befindet). Darüber hinaus wird Versicherungsschutz bei *Unfall* bzw. einer *plötzlichen Erkrankung* während befristeter Aufenthalte von weniger als 90 aufeinanderfolgenden Tagen in den Zonen 0 und 1 gewährt (inkl. Im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, wenn es sich in diesen Zonen befindet).
In der Tarifzone 3: Die Versicherung gilt für jeweils ein Jahr in den Ländern der Zonen 3, 4 und 5 (inkl. im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, wenn es sich in den Zonen 3, 4 oder 5 befindet). Darüber hinaus wird Versicherungsschutz bei *Unfall* bzw. einer *plötzlichen Erkrankung* während befristeter Aufenthalte von weniger als 90 aufeinanderfolgenden Tagen in den Zonen 0, 1 und 2 gewährt (inkl. im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, wenn es sich in diesen Zonen befindet).
In der Tarifzone 4: Die Versicherung gilt für jeweils ein Jahr in den Ländern der Zonen 4 und 5 (inkl. im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, wenn es sich in den Zonen 4 oder 5 befindet). Darüber hinaus wird Versicherungsschutz bei *Unfall* bzw. einer *plötzlichen Erkrankung* während befristeter Aufenthalte von weniger als 90 aufeinanderfolgenden Tagen in den Zonen 0, 1, 2 und 3 gewährt (inkl. im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, wenn es sich in diesen Zonen befindet).
Sonderfall: Wenn Sie **Monaco als Zielland** wählen, sind Sie das ganze Jahr über auch für Ihre geplanten und unerwarteten Behandlungen in Italien und Frankreich versichert.
In der Tarifzone 5: Die Versicherung gilt für jeweils ein Jahr in den Ländern der Zone 5 (inkl. im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, wenn es sich in der Zone 5 befindet). Darüber hinaus wird Versicherungsschutz bei *Unfall* bzw. einer *plötzlichen Erkrankung* während befristeter Aufenthalte von weniger als 90 aufeinanderfolgenden Tagen in den Zonen 0, 1, 2, 3 und 4 gewährt (inkl. im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, wenn es sich in diesen Zonen befindet).

Bei einem Aufenthalt außerhalb der *Versicherungsländer*, der sich über 90 aufeinanderfolgende Tage erstreckt, muss uns der *Versicherungsnehmer* den Wechsel der geografischen Zone mitteilen, damit der entsprechende *Beitrag* angepasst werden kann.

Mit der umfassenden Assistance-, Privat*haftpflicht*-, Sterbe- und Pflegekapital- sowie Krankentagegeldversicherung:
Die Versicherung gilt weltweit für jeweils ein Jahr (inkl. in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit*), mit Ausnahme der *Ausschlussländer*.

In einigen Ländern wird in Abhängigkeit von Ereignissen, zu denen es dort kommen könnte, kein Versicherungsschutz gewährt. Die vollständige Liste der *Ausschlussländer* steht auf der Webseite www.april-international.com zur Verfügung oder ist auf Anfrage unter +49 (0) 89 43 60 7 288 oder per E-Mail an info.expat@april.de erhältlich. Diese Liste der *Ausschlussländer* kann im Laufe der Zeit geändert werden.

3. WER KANN EINEN VERTRAG ABSCHLIESSEN?

Um für diese Versicherung zulässig zu sein, müssen *Sie*:
- am *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages:
  - für die Kranken-, Assistance- und Privathaftpflichtversicherung, im Fall einer Versicherung für die Zonen 0, 1, 2 sowie Mexiko und Thailand **jünger als 71 Jahre sein**
  - für die Kranken-, Assistance- und Privathaftpflichtversicherung, im Fall einer Versicherung für die Zonen 3, 4 et 5 (abgesehen Mexiko und Thailand) **jünger als 75 Jahre sein**
  - für die Sterbe- und Pflegekapital- sowie die Krankentagegeldversicherung älter als 18 Jahre und jünger als 65 Jahre sein,
- für die Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE (Caisse des Français de l'Etranger) oder des französischen gesetzlichen Versicherungssystems durch die CFE mit dem Tarif für Krankheit und Mutterschaft und dem Tarif für Arbeitsunfall oder durch die französische Sozialversicherung (oder einer gleichwertigen französischen Pflichtversicherung) während der Vertragslaufzeit versichert sein,
- für die Sterbe- und Pflegekapital- sowie die Krankentagegeldversicherung bei Ihrem Versicherungsabschluss eine Kopie Ihres Identitätsausweises (Personalausweis oder Pass) beilegen,
- für die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit eine Berufstätigkeit ausüben, die keine Anpassung der Arbeitszeit bzw. der Arbeitsbedingungen aus gesundheitlichen Gründen vorsieht,
- die vertraglich vorgesehenen medizinischen Formalitäten erfüllen und vor allem den Gesundheitsfragebogen maximal sechs Monate *vor dem Datum des Inkrafttretens* des Vertrages für den Versicherungsschutz in den Zonen 5, 4, 3 und 2 und maximal drei Monate vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages für den Versicherungsschutz in den Zonen 0 und 1 ausgefüllt und unterschrieben haben.

Sonderfall bei *Zielland* Frankreich (*D.R.O.M.* inkl.) - Protection Universelle Maladie – PUMA (Universal-Krankenschutz) Wenn *Sie* für mehr als 3 Monate ständig und ohne Unterbrechung in Frankreich ansässig und/oder dort einer abhängigen Beschäftigung oder selbstständigen Erwerbstätigkeit nachgehen, könnten *Sie* vom französischen PUMA-Universal-Krankenschutz betroffen sein und müssten somit ggf. Ihre Heilbehandlungskosten durch die französische gesetzliche Sozialversicherung übernehmen lassen.

Wenn *Sie* einen APRIL-Vertrag ab dem 1. Euro abschließen und anschließend der Versicherungspflicht des PUMA-Universal-Krankenschutzes unterliegen, können *wir* Ihren APRIL-Versicherungsvertrag so anpassen, dass er in Ergänzung des PUMA-Krankenschutzes als Zusatzversicherung agiert.
Die Prüfung, ob *Sie* von der PUMA betroffen sind, obliegt *Ihnen*. Für mehr Informationen über die Aufnahmebedingungen gehen *Sie* bitte auf https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie

Die Leistungen aus diesem Vertrag können ebenfalls durch Ihre *Familienmitglieder* in Anspruch genommen werden (wenn diese auf Ihrer *Versicherungsbescheinigung* genannt sind), sofern die folgenden Bedingungen erfüllt werden:

Für die Kranken-, Assistance- und Privat*haftpflicht*versicherung:
- Ihr *Lebenspartner*,
- Ihre *unterhaltspflichtigen Kinder*.

Aufnahme eines Neugeborenen in den Vertrag :
Damit Ihr Kind von Geburt an versichert ist, senden Sie uns bitte **innerhalb von 30 Tagen** nach der Geburt des Kindes Ihre Anfrage Versicherungsaufnahme und die entsprechende **Geburtsurkunde**.
Neugeborene werden ohne besondere medizinische Formalitäten aufgenommen, sofern ein Elternteil seit mindestens **10 aufeinanderfolgenden Monaten durch den Vertrag MyHealth International versichert ist und der Leistungsabustein „Mutterschaft“ abgeschlossen wurde**.
Anderenfalls wird ein ausgefüllter Gesundheitsfragebogen notwendig, und die Aufnahme des Neugeborenen **kann erst 30 Tage nach medizinischer Genehmigung unsererseits erfolgen**.
Für Neugeborene, die durch eine Leihmutter ausgetragen wurden, sowie für Adoptiv-, Heim- oder Pflegekinder beachten Sie bitte, dass deren Aufnahme einer vollständigen Gesundheitsprüfung unterliegt und dass ein ausgefüllter Gesundheitsfragebogen oder ein medizinisches Gutachten verlangt werden kann. Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Datum der Zustimmung, vorbehaltlich der erteilten Vereinbarung und der übermittelten Annahmebedingungen.

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

4. *DATUM DES INKRAFTTRETENS*, DAUER UND WIDERRUF DES VERTRAGES

4.1 WANN BEGINNT IHR VERTRAG?

Das Datum Ihrer Versicherungsaufnahme entspricht dem Datum des Inkrafttretens des Vertrages, die *Sie* auf Ihrem Aufnahmeantrag angegeben haben. Er tritt frühestens am Tag des Einganges der vollständigen Aufnahmeunterlagen (inkl. Aufnahmeantrag und Gesundheitsfragebogen, jeweils ordnungsgemäß ausgefüllt und unterschrieben) unter der aufschiebenden Bedingung der Zahlung des ersten Beitrages in Kraft. Sofern Ihr Aufnahmeantrag eine medizinische Prüfung erfordert, beginnt Ihr Versicherungsvertrag frühestens am Tag der medizinischen Genehmigung durch unsere Ärzte. Wenn Sie eine Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE ("Caisse des Français de l'Etranger") oder der französischen gesetzlichen Sozialversicherung gewählt haben, gilt Ihr Versicherungsschutz von APRIL International vorbehaltlich der Anspruchsberechtigung auf die Leistungen der französischen Sozialversicherung.
Das Datum des Inkrafttretens Ihres Vertages ist auf der *Versicherungsbescheinigung* angegeben, die Ihnen in Ihrem passwortgeschützen Kundenextranet zur Verfügung gestellt wird.

4.2 GELTENDE *WARTEZEITEN* FÜR IHREN VERTRAG

Der Versicherungsschutz ist für alle *Versicherten* ab dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages gültig, vorbehaltlich der Anwendung der folgenden *Wartezeiten* für die Krankenversicherung:
- 4 Wochen für stationäre und ambulante Heilbehandlungskosten, die in den Länder der Zone 0 oder in Mexiko in Zusammenhang mit COVID-19 anfallen. Gültig für alle Vertragsabschlüsse ab dem 28/04/2020,
- 3 Monate für die Behandlungskosten bei Zahnmedizin, Parodontologie und Endodontie,
- 6 Monate für die Behandlungskosten bei Zahnersatz, Implantaten, Kieferorthopädie und Sehhilfen (Kontaktlinsen, Brillenfassung, Gläser und Behandlung der Kurzsichtigkeit durch Laseroperation),
- 10 Monate für die mit einer Mutterschaft verbundenen Kosten,
- 12 Monate für assistierte Reproduktion.

Alle vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages oder während der *Wartezeiten* getätigten Ausgaben für Behandlungen oder verordnete ärztliche Verfahren sind nicht versichert und begründen keinen Anspruch auf Erstattung.
Wartezeiten können nach Prüfung durch unseren Vertrauensarzt aufgehoben werden (Ausnahme Mutterschaft), sofern *Sie* nachweisen können, dass *Sie* in dem Monat vor dem *Datum des Inkrafttretens* dieses Vertrages mit einem Krankenschutz versichert waren, der dem Schutz von *MyHealth International* zumindest gleichwertig ist.
Diese Aufhebung der *Wartezeiten* unterliegt nach Prüfung der uns zugestellten Löschungsbescheinigung und den entsprechenden Details zu dieser vorherigen Versicherung unserer Genehmigung.

4.3 GÜLTIGKEITSDAUER UND VERLÄNGERUNG IHRES VERTRAGES

Die Versicherungsaufnahme ist für einen Zeitraum von 12 Monaten gültig. Er verlängert sich stillschweigend am Jahrestag Ihres Vertragsabschlusses für die Dauer von einem Jahr, sofern die Vereinbarungen mit den Versicherern des Vertrages bestehen bleiben. *Sie* können Ihre Versicherung jedes Jahr unabhängig von Ihrem Alter, Ihrem Gesundheitszustand und der Höhe Ihrer medizinischen Ausgaben verlängern. Die Aufnahme in die Kranken-, Assistance- und Privat*haftpflicht*versicherung ist solange gültig, wie *Sie* es wünschen, d. h. dass die Versicherer Ihren Vertrag nicht kündigen können, mit Ausnahme der unter Pkt. 4.4. genannten Fälle.
Wir verpflichten uns, den *Versicherungsnehmer* über eventuelle Änderungen des Versicherungsschutzes, der Erstattungshöchstgrenzen, der Ausschlüsse und der Verwaltungsbedingungen des Vertrages (drei Monate vor dem Jahrestag des Vertragsabschlusses) sowie über eventuelle Tarifänderungen (zwei Monate vor dem Jahrestag des Vertragsabschlusses) zu

informieren. Der *Beitrag* kann sich zum Jahrestag Ihres Vertragsabschlusses gemäß Ihrem Alter, Ihrem *Zielland*, Ihrem Versicherungstarif, Ihrem *Selbstbehalt* oder Ihrer Erstattungshöhe ändern.

Alle Änderungen des angebotenen Versicherungsschutzes bzw. der Verwaltungsbedingungen des Vertrages gelten ab dem Jahrestag des Vertragsabschlusses. Ohne Antwort Ihrerseits binnen 30 Tagen, wird der Vertrag unter der aufschiebenden Bedingung des entsprechenden Zahlungseinganges automatisch für die Dauer von einem Jahr verlängert.

4.4 EINSTELLUNG DER LEISTUNGEN IHRES VERTRAGES

A) im Fall einer Kündigung am jährlichen Fälligkeitsdatum (Datum der Jährung des Vertrages) durch den Versicherungsnehmer gemäß Artikel L.113-12 des frz. Versicherungsgesetzbuches mit einer Kündigungsfrist von 60 Tagen;

B) im Fall einer unterjährigen Kündigung durch den Versicherungsnehmer, die nach Ablauf von 12 Monaten Vertragslaufzeit jederzeit erfolgen kann. Ihre Kündigung tritt 30 Tage nach Erhalt der Mitteilung in Kraft;

C) im Fall einer Kündigung 30 Tage nach Erhalt der neuen Deckungsbedingungen;
Um sein Recht auf Kündigung auszuüben, kann der Versicherungsnehmer seinen Antrag APRIL International Care France wie folgt übermitteln:
- mittels einfachem Schreiben oder Einschreiben an folgende Adresse: Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan – FRANCE;
- über das in Ihrem Kundenextranet zugängliche Kontaktformular durch Auswahl des Grundes "eine Kündigung beantragen ";
- oder per E-Mail an care@april-international.com;
oder in Ermangelung dessen durch jedes andere in Artikel L. 113-14 des frz. Versicherungsgesetzbuches vorgesehene Mittel.

D) bei Nichtzahlung der *Beiträge* (s. Punkt 5.4),

E) bei Kündigung der Vereinbarung durch die Versicherung oder die Association des Assurés APRIL zum Jahrestag des Vertragsabschlusses (in diesem Fall verpflichtet sich der Verein, jeden *Versicherungsnehmer* darüber zu informieren),

F) sobald *Sie* nicht mehr die Bedingungen als versicherbare Person erfüllen (s. Punkt 3). Die Kündigung erfolgt zum Ende des laufenden Versicherungszeitraumes und spätestens innerhalb von 30 Tagen nach Eingang Ihrer Meldung durch unsere Kundenbetreuung, vorbehaltlich des Einganges eines Beleges,

G) bei Abschluss der Versicherung in Ergänzung der CFE oder der französischen gesetzlichen Sozialversicherung, sobald *Sie* nicht mehr durch die CFE oder die französische gesetzliche Sozialversicherung (oder ein gleichwertiges französisches Versicherungssystem) versichert sind. In diesem Fall tritt die Kündigung einen Monat nach Eingang einer schriftlichen Mitteilung bei unserer Kundenbetreuung in Kraft,

H) bezüglich der Sterbe- und Pflegekapital- sowie der Krankentagegeldversicherung: sobald *Sie* das Alter von 65 Jahren erreicht haben.

I) wenn Sie sich nicht mehr dauerhaft im Ausland befinden nach Vorlage eines offiziellen Dokuments als Bestätigung (beispielsweise einer Bescheinigung Ihrer Mitgliedschaft in einer Sozialversicherung im Land Ihrer Staatsbürgerschaft oder einer Kopie Ihres neuen Arbeitsvertrags). Die Kündigung wird frühestens wirksam am 1. des nächsten Monats folgend auf den Eingang der Kündigungsanfrage und dem entsprechenden Beleg.

Bei Kündigung durch die Versicherung oder den Verein gemäß Punkt *d)* verpflichtet sich die Versicherung, auf Antrag des *Versicherungsnehmers* einen Krankenversicherungsschutz aufrechtzuerhalten, der dem Schutz entspricht, der am Tag der Kündigung gültig war. Nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren nach dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages gelten diese Bestimmungen auch für die Sterbe- und Pflegekapital- sowie die Krankentagegeldversicherung.

Sanktionen bei falschen Angaben

Unabhängig davon, ob es sich um Erklärungen handelt, die beim Abschluss des Vertrages oder während der Vertragsdauer abzugeben sind, kommen bei Verschweigung, Auslassung oder falschen Angaben bei der Risikomeldung, je nach Fall, die Bestimmungen von Art. L.113-8 und L.113-9 des französischen Versicherungsgesetzes zur Anwendung.
Darüber hinaus führen die Auslassung, Verschweigung, falsche Angaben bei der *Schadens*meldung, ob vorsätzlich oder nicht, die Auslassung der Meldung anderer kumulativer Versicherungen oder die Verwendung von gefälschten Dokumenten als Belege bzw. die Verwendung betrügerischer Mittel für den *Versicherten* und den *Versicherungsnehmer* zur Verwirkung der Ansprüche auf die Versicherungsleistungen und zur Kündigung des Vertrages. *Wir* behalten uns das Recht vor, alle rechtlichen und gerichtlichen Verfahren einzuleiten und Klage einzureichen, sofern uns ein Schaden zugefügt wurde. In diesem Fall müssen *Sie* alle Leistungen zurückzahlen, die Ihnen im Rahmen dieses Vertrages zu Unrecht erstattet wurden.

4.5 WIE KÖNNEN *SIE* VON IHREM VERTRAG ZURÜCKTRETEN?

Die Unterzeichnung des Aufnahmeantrages ist für den *Versicherungsnehmer* nicht bindend.

Wenn der *Versicherungsnehmer* den Vertrag im Rahmen eines Haustürgeschäftes abschließt:
Es gelten die folgenden Bestimmungen lt. Art. L.112-9-I des französischen Versicherungsgesetzes: *„Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz, selbst auf ihre Bitte, ein Haustürgeschäft abschließt und in diesem Rahmen ein Versicherungsangebot oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer Geschäfts- oder Berufstätigkeit fällt, kann von diesem per Einschreiben mit Rückschein innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses ohne Begründung und straffrei zurücktreten. (…) Dieses Rücktrittsrecht kann der Unterzeichner nicht mehr ausüben, sobald er von einem Schadensfall Kenntnis hat, für den der Versicherungsschutz in Anspruch genommen wird.“*

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

Für die Sterbe- und Pflegekapitalversicherung (vollständige und unwiderrufliche Pflegebedürftigkeit) sowie die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit gilt:
Die Unterzeichnung des Aufnahmeantrages ist für den *Versicherungsnehmer* nicht bindend. Der *Versicherungsnehmer* kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Eingang der *Versicherungsbescheinigung* von seinem Vertrag zurücktreten.

Durch den Rücktritt wird der Vertrag rückwirkend gelöscht, der als nie existent gewesen betrachtet wird. Dem *Versicherungsnehmer* werden dann innerhalb einer Frist von 30 bis 90 Tagen ab dem Datum des Einganges des Antrageseventuell gezahlte Prämien zurückgezahlt. Wenn der Versicherte innerhalb der Frist von 30 Tagen Leistungen beansprucht hat, ist das Rücktrittsrecht nicht mehr anwendbar.

Allgemeine Bedingungen für die Ausübung des Rücktrittsrechts:
Zur Ausübung seines Rücktrittsrechts muss uns der *Versicherungsnehmer* seine Entscheidung, von seinem Vertrag zurücktreten zu wollen, mittels einer eindeutigen Erklärung innerhalb der o. g. Fristen mitteilen.
Dafür ist es ausreichend, das Widerrufsformular auf Seite 24 auszufüllen oder APRIL International Care France einen nach folgendem Vorbild verfassten Brief zu schicken:

„Ich, der/die Unterzeichner/in, Herr/Frau … (Name, Vorname, Anschrift) erkläre, von meinem Vertrag „My Health International" Nr. …… zurückzutreten.
Ausgefertigt in …….. am …….
Unterschrift ……..."

Bei Rücktritt ist der *Versicherungsnehmer* verpflichtet, den *Beitrag* nur für den Zeitraum zu zahlen, in dem das Risiko bestand, wobei dieser Zeitraum bis zum Datum der Kündigung berechnet wird. *Wir* sind verpflichtet, dem *Versicherungsnehmer* den Restbetrag spätestens 30 Tage nach dem Datum der Kündigung zurückzuzahlen.
Allerdings bleibt der gesamte *Beitrag* fällig, sofern der *Versicherungsnehmer* sein Rücktrittsrecht ausübt, obwohl ein *Schadensfall,* der den Versicherungsschutz des Vertrages betrifft, während der Frist zur Ausübung des Widerrufsrechts stattgefunden hat.

5. *BEITRÄGE*

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

5.1 WIE WIRD DIE HÖHE IHRER *BEITRÄGE* BESTIMMT?

Der *Beitrag* wird jährlich am Jahrestag des Vertragsabschlusses in Abhängigkeit vom Alter des *Versicherten* angepasst.
Das Alter des *Versicherten,* das für die Berechnung der *Beiträge* im ersten Jahr berücksichtigt wird, ist das Alter des *Versicherten* am *Tag des Inkrafttretens* des Vertrages. Für jedes Folgejahr entspricht das für die Berechnung der *Beiträge* berücksichtigte Alter des *Versicherten* dessen Alter am Jahrestag des Vertragsabschlusses.
Die bestehenden Steuern und Abgaben, die zu Lasten des *Versicherungsnehmers* gehen, sind in dem *Beitrag* inbegriffen. Änderungen der Steuersätze und der Abgaben bewirken eine Änderung der *Beitrag*shöhe. Die bei Vertragsabschluss gewählte Währung ist für die Verwaltung Ihres Vertrages maßgeblich, was sich sowohl auf die Zahlung Ihrer *Beiträge* als auch auf die Erstattung Ihrer Leistungsanträge bezieht. Bei Wahl einer Versicherung in Ergänzung der CFE oder der französischen Sozialversicherung ist die Währung „US-Dollar" nicht auswählbar.

Der *Beitrag* kann am Jahrestag des Vertragsabschlusses in Abhängigkeit von den versicherungstechnischen Ergebnissen der *Versicherten*gruppe angepasst werden. Bei der Zusammensetzung der Gruppe werden das erreichte Alter, der Beruf, das Land des Wohnsitzes sowie die gewählten Versicherungen und Tarife berücksichtigt. Der Gesundheitszustand des *Versicherten* sowie seine medizinischen Ausgaben werden für die Berechnung seines *Beitrages* nicht erfasst.
Bei einer Änderung des bei Vertragsschluss gewählten Versicherungsschutzes auf Antrag des *Versicherungsnehmers* wird zur Berechnung des *Beitrages* das Alter des *Versicherten* am *Datum des Inkrafttretens* dieser Änderung berücksichtigt.

5.2 ZAHLUNGSWEISEN

Die Beiträge sind je nach der vom Versicherungsnehmer gewählten Zahlungsweise jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich im Voraus zu entrichten durch:

- Kreditkarte,
- PayPal
- Banküberweisung,
- SEPA-Einzug (von einem in der SEPA-Zone in Euro geführten Konto), nicht verfügbar für die Währung US-Dollar.

Eine monatliche Zahlung ist nur bei SEPA-Lastschrift möglich und ist für die Zahlung der ersten Beitragsrate nicht verfügbar.

5.3 WAS PASSIERT BEI NICHTZAHLUNG DER *BEITRÄGE*?

Bei Nichtzahlung eines *Beitrages* innerhalb von 60 Tagen nach seiner Fälligkeit schicken *wir* an den *Versicherungsnehmer* eine Mahnung per Einschreiben. Dieses Mahnschreiben hat die Aussetzung des Versicherungsschutzes zur Folge. Nach einer erneuten Frist von 10 Tagen wird der Vertrag von *uns* rechtmäßig gekündigt. Darüber hinaus können *wir* die Zahlung der restlichen geschuldeten *Beiträge* gerichtlich einklagen.

Bei einer Mahnung wegen Nichtzahlung wird lt. französischem Versicherungsgesetz der *Beitrag* für das gesamte Jahr sofort fällig.
Wir informieren *Sie* darüber, dass durch Nichtzahlung und Kündigung des Vertrages wegen Nichtzahlung keine Tilgung der Schuld eintritt. *Wir* werden alles unternehmen, um die Zahlung der ausstehenden *Beiträge* zu erhalten und können dazu auf ein Unternehmen zurückgreifen, das auf die weltweite Beitreibung offener Rechnungsbeträge spezialisiert ist. Die Zuschläge der Verwaltungskosten im Zusammenhang mit unseren Vorgängen bzw. denen unserer Dienstleister gehen zu Lasten des *Versicherungsnehmers*
Bei Zahlung des auf dem Mahnschreiben angegebenen Betrages nach Aussetzung der Versicherung und vor Kündigung tritt der Versicherungsschutz an dem auf den Eingang der Zahlung folgenden Tag um 12.00 Uhr erneut in Kraft.
Die während des Zeitraumes der Aussetzung der Versicherung aufgewendeten Kosten begründen im Rahmen dieses Vertrages keinen Anspruch auf Erstattung, selbst nach Bezahlung des *Beitrages*.

6. ÄNDERUNGEN IHRES VERTRAGES

6.1 WIE KÖNNEN *SIE* IHREN VERTRAG ÄNDERN?

Der *Versicherungsnehmer* kann die ursprünglich gewählten versicherten Leistungen, die Zonen und Tarife jederzeit ändern. Die Änderungen treten frühestens 30 Tage nach Eingang des Änderungsantrages in Kraft, außer bei Antrag auf Änderung der Höhe des jährlichen *Selbstbehaltes,* der Höhe der Erstattungen oder der Währung des Vertrages. In diesen drei Fällen tritt die Änderung bei dem nächsten Jahrestag des Vertragsabschlusses in Kraft.
Bei einer Erweiterung des Versicherungsschutzes oder Änderung des Geltungsbereiches in eine höhere Tarifzone müssen *Sie* sich eventuell erneut medizinischen Formalitäten unterziehen, so wie lt. Vertrag vorgesehen. Diese Änderungsanträge gelten für mindestens 12 aufeinanderfolgende Monate.
Bitte beachten *Sie*, dass ein Wechsel in einen Versicherungstarif mit niedrigeren Erstattungshöchstgrenzen erst 1 Jahr nach Aufnahme in den ursprünglich gewählten Versicherungstarif möglich ist (außer bei Änderung der familiären Situation oder bei Änderung des *Ziellandes*).
Bei Änderung des Tarifes der Krankenversicherung während der Vertragslaufzeit werden die Pauschalen (Zahnarzt, Sehhilfen […] nicht kumuliert.
Änderungen von Angaben, die *Sie* bei Vertragsabschluss gemacht haben, sind uns anzuzeigen, damit *wir* diese Änderungen übernehmen können (z. B. persönliche Situation, Beruf...).

6.2 WAS MÜSSEN *SIE* UNS MITTEILEN?

Der *Versicherte* und der *Versicherungsnehmer* müssen uns schriftlich über jeden Statuswechsel und jede Änderung ihrer Situation, ihrer Wohnanschrift **(anderenfalls gelten die Briefe, die an die letzte bekannte Anschrift geschickt wurden, als zugestellt)**, ihrer Berufstätigkeit oder die Einstellung derselben informieren.

7. WAS IST DURCH IHREN VERTRAG VERSICHERT UND WIE KÖNNEN *SIE* LEISTUNGEN ERHALTEN?

Mehrfachversicherung:
Die Erstattungen des Versicherungsträgers und der anderen öffentlichen oder privaten Einrichtungen dürfen den Betrag der tatsächlich aufgewendeten Kosten nicht überschreiten. Mehrfachversicherungen gelten innerhalb der Erstattungshöchstgrenzen jedes Versicherungstarifes, unabhängig vom Datum ihres Abschlusses. *Sie* können sich im Rahmen dieser Erstattungshöchstgrenzen entschädigen lassen, indem *Sie* sich an die Einrichtung Ihrer Wahl wenden.
MEHRFACHVERSICHERUNGEN SIND UNS VON *IHNEN,* UNTER ANDROHUNG VON VERWIRKUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES, ZU MELDEN. DIESE VERPFLICHTUNG GILT FÜR DIE GESAMTE VERTRAGSLAUFZEIT.
Die Erstattungshöchstgrenze gegenüber den tatsächlich aufgewendeten Kosten wird für jedes medizinische Verfahren oder Behandlung vom Versicherer bestimmt.
Sie haben Anspruch auf die nachfolgenden Leistungen, sofern diese auf Ihrer *Versicherungsbescheinigung* aufgeführt sind.

7.1 HEILBEHANDLUNGSKOSTEN

Heilbehandlungskosten werden im Rahmen der *tatsächlichen Kosten* und der Kosten, die in dem Land, in dem sie angefallen sind, als *angemessen und üblich* gelten, übernommen.

7.1.1 ART UND HÖHE DER ERSTATTUNGEN

Versichert ist die Erstattung aller medizinisch gerechtfertigten Aufwendungen für die Leistungen, die in der Leistungsübersicht aufgeführt sind (s. Anlage 1) und die von einer qualifizierten *medizinischen Autorität* verordnet wurden.

Bei Abschluss einer Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE oder der französischen Sozialversicherung:
Versichert sind nur die Heilbehandlungskosten, die von der CFE oder der französischen Sozialversicherung übernommen werden (vorbehaltlich abweichender Bestimmungen, die aus der Leistungsübersicht hervorgehen). Die Erstattungshöhen der Leistungen verstehen sich inkl. der Beteiligung Ihrer französischen gesetzlichen Versicherung (französische gesetzliche Sozialversicherung oder gleichwertige französische Pflichtversicherung) oder der „Caisse des Français de l'Etranger". *Wir* übernehmen den Anteil der Kosten, der von Ihrer französischen Basisversicherung nicht übernommen wird.

Die Kosten werden Punkt für Punkt gemäß dem Versicherungstarif, den Versicherungsleistungen und den gewählten Erstattungshöchstgrenzen entsprechend der Leistungsübersicht (s. Anlage 1) erstattet. Für Heilbehandlungskosten, die in einer anderen Währung als Euro oder US-Dollar in Rechnung gestellt werden, wird der Wechselkurs angewendet, der am Tag des Eintretens des *Schadensfalles* gültig war. Es können nur Kosten für die Leistungen erstattet werden, die innerhalb der gültigen Versicherungslaufzeit erbracht wurden.
Sie können je nach Ihrem Bedarf zwischen fünf Versicherungstarifen wählen: Emergency, Basic, Essential, Comfort und Premium. Der Basic-Tarif ist für die Zone 0 nicht verfügbar.
In Abhängigkeit von jedem Tarif kann der *Versicherungsnehmer* zwischen den folgenden Leistungen wählen:

Emergency
Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung

Basic
Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung
Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung + Ambulante Heilbehandlung
Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung + Ambulante Heilbehandlung + Sehhilfen-Zahnarzt

Essential, Comfort und Premium:
Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung
Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung + Ambulante Heilbehandlung
Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung + Ambulante Heilbehandlung + Sehhilfen-Zahnmedizin
Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung + Ambulante Heilbehandlung + Mutterschaft
Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung + Ambulante Heilbehandlung + Mutterschaft + Zahnmedizin- Sehhilfen

Der Leistungsbaustein "Mutterschaft" im Tarif Essential kann ausschließlich bei Vertragsabschluss für die Zonen 3, 4 oder 5 ausgewählt werden.

Der vom *Versicherungsnehmer* gewählte Tarif, die Versicherungsleistungen, die Höhe des *Selbstbehaltes* und die Erstattungshöchstgrenzen gehen aus der *Versicherungsbescheinigung* hervor.

Erstattungshöchstgrenzen:
Der kumulierte Erstattungsbetrag, der von dem Versicherer gewährt wird, unterliegt je *Versicherten* und *Versicherungsjahr* dem Höchstbetrag, der für jeden Tarif in der Leistungsübersicht angegeben ist (s. Anlage 1).
Bei Abschluss der Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE oder der französischen Sozialversicherung:
Entschädigungen oder Leistungen derselben Art, welche die CFE oder die französische gesetzliche Sozialversicherung (oder eine gleichwertige französische Pflichtversicherung) oder eine andere öffentliche oder private Einrichtung in Frankreich oder im Ausland übernimmt, werden von der Erstattung des Versicherers abgezogen.

Anwendung des *Selbstbehaltes*:
Für den Tarif Emergency bzw. bei Abschluss der Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE oder der französischen gesetzlichen Sozialversicherung ist kein *Selbstbehalt* möglich.
Wenn *Sie* einen jährlichen *Selbstbehalt* vereinbart haben, gehen Kosten bis zur Höhe des gewählten *Selbstbehaltes* zu Ihren Lasten. Der *Selbstbehalt* gilt je *Versicherungsjahr* und *Versicherten* für die im Rahmen der Krankenversicherung gewählten Heilbehandlungskosten insgesamt.
Wir bitten *Sie*, uns immer alle Rechnungen für alle aufgewendeten Heilbehandlungskosten zuzuschicken, damit *wir* die Höhe des bereits verbrauchten *Selbstbehaltes* berechnen können. Bei der Berechnung der Höhe des verbrauchten *Selbstbehaltes* gehen *wir,* in Abhängigkeit von *Ihrem* Angebot, von der in der Leistungsübersicht für den durchgeführten Behandlungstyp genannten Höchstgrenze aus. Wenn die Übernahme der durchgeführten Behandlung durch Ihren Vertrag ausgeschlossen ist, werden die entsprechenden Ausgaben nicht berücksichtigt.
Bei Beanspruchung eines *Selbstbehaltes* erhalten *Sie* keine Caremark-Karte (Drittzahler für Apothekenleistungen).

Anwendung der Höhe der Erstattungen (in Kürze verfügbar):
Die Leistungen "Ambulante Heilbehandlung", "Mutterschaft" und "Sehhilfen/Zahnmedizin" werden mit einer Erstattungshöhe zu 100% der tatsächlichen Kosten angeboten. Allerdings besteht für Sie bei Vertragsabschluss die Möglichkeit eine Erstattungshöhe von 90% oder 80% der tatsächlichen Kosten für die Leistungen "Ambulante Heilbehandlung", "Mutterschaft" und "Sehhilfen/Zahnmedizin" auszuwählen (die Höhe der Erstattungen zu 100% der tatsächlichen Kosten der Leistung "Stationäre Heilbehandlung" bleibt jedoch bestehen und dessen Erstattungshöchstgrenzen bleiben unverändert, unabhängig des ausgewählten Prozentsatzes der Erstattungenshöhe).

7.1.1 WAS IST BEI EINEM KRANKRENHAUSAUFENTHALT ZU TUN?

Für jeden Krankenhausaufenthalt (Mutterschaft inkl.) ist zunächst eine *vorherige Genehmigung* einzuholen.
Um diese *vorherige Genehmigung* zu erhalten, müssen *Sie* spätestens 5 Tage vor Ihrer Aufnahme in der Klinik von Ihrem behandelnden Arzt das Formular *„Vertrauliche medizinische Bescheinigung“* ausfüllen lassen.
Bei einer Krankenhaus-Notaufnahme kontaktieren *Sie* uns bitte so schnell wie möglich, damit *wir* Ihnen dieses Formular übermitteln können.
Dieses Formular, aus dem der Grund für Ihren Krankenhausaufenthalt, der Zeitraum und die Art der Erkrankung sowie der Zeitpunkt des Auftretens der ersten Symptome bzw. die Umstände des *Unfalles* hervorgehen (wobei bei einem *Unfall* der *Unfall*bericht als Nachweis mitzuschicken ist), ist mit allen anderen medizinischen Unterlagen, die zur Beurteilung Ihres Falls sachdienlich sind, an unseren Vertrauensarzt zu schicken:

Wenn diese Formalität der *vorherigen Genehmigung* nicht eingehalten wird, behalten *wir* von der Erstattung Ihrer Rechnung einen *Selbstbehalt* von 20 % ein (*Unfall* oder *Notaufnahme* ausgenommen).

7.1.2 WIE ERHALTE ICH EINE *KOSTENÜBERNAHME* UND DEN ENTSPRECHENDEN *ANTRAG* VOR BEGINN BESTIMMTER BEHANDLUNGEN ODER THERAPIEN?

Alle medizinischen Ausgaben ab oder über 2.000 /US$ unterliegen der *vorherigen Genehmigung* durch unseren Vertrauensarzt (Gültigkeit 6 Monate). Das bedeutet, dass *Sie* zuvor von Ihrem behandelnden Arzt, der diese Leistungen verordnet, einen *Kostenübernahmeantrag* ausfüllen lassen müssen, dem ein detaillierter Kostenvoranschlag beizufügen ist.

Bei einer Schwangerschaft übermitteln *Sie* uns bitte ein Dokument, das die Schwangerschaft bestätigt.

Wenn diese Formalität des *Kostenübernahmeantrages* nicht eingehalten wird, behalten *wir* von der Erstattung Ihrer Rechnung einen *Selbstbehalt* von 20 % ein (*Unfall* oder *Notaufnahme* ausgenommen).

7.1.3 BEDINGUNGEN FÜR DAS STELLEN EINES LEISTUNGSANTRAGES

Bitte bewahren *Sie* die **Originalrechnungen (und sonstigen Belege) unbedingt mindestens 2 Jahre** ab dem Datum *Ihres* Leistungsantrages auf. Es ist möglich, dass *wir* ihre Vorlage für die Bearbeitung Ihres Antrages verlangen.

Bitte fügen *Sie* Ihren Leistungsanträgen immer die folgenden Dokumente bei:

- die Originale der bezahlten Honorar-, Kosten- und Rezeptrechnungen, aus denen das Datum, Ihr Name, Ihre Vornamen und das Geburtsdatum, die Krankheit, das Datum der Arztbesuche und die erteilen Behandlungen hervorgehen, mit den Zahlungsbelegen. Aus den Rezepten müssen die Bezeichnung, der Preis der Medikamente und die Landeswährung leserlich hervorgehen.

- Wenn die Behandlungen genehmigungspflichtig sind, ist die von unserem medizinischen Dienst ausgestellte *Kostenzusage* beizufügen.

- Bei einem Krankenhausaufenthalt müssen *Sie* Ihrem Antrag den Entlassungsbericht der Klinik sowie das von Ihrem Arzt ausgefüllte Formular *Vertrauliche medizinische Bescheinigung* beifügen. Überprüfen *Sie* außerdem, dass aus Ihrer Rechnung die Kosten für das Einzel- oder Zweibettzimmer detailliert hervorgehen.

Wenn in dem Land, in dem *Sie* sich befinden, keine Doppelzimmer verfügbar sind:
gilt für die Tarife Emergency und Basic: Wenn bei einem Notfall oder *Unfall* kein Transfer in eine Einrichtung mit Mehrbettzimmern möglich ist, übernehmen *wir* die Kosten für ein Standard-Einzelzimmer (in angemessener, lokal üblicher Höhe).
Bei einer geplanten stationären Heilbehandlung werden von uns keine Kosten für ein Einzelzimmer übernommen.

Wir behalten uns die Möglichkeit vor, weitere Belege zu verlangen, die unserer Ansicht nach notwendig sind, um prüfen zu können, dass Ihre Behandlungen im Rahmen des vorliegenden Vertrages versichert sind.
Sollten *Sie* mit dem Erstattungsbetrag nicht einverstanden sein, müssen *Sie* uns das innerhalb von 6 Monaten nach dem Datum der Abrechnung mitteilen.
Alle Erstattungen erfolgen unter Beachtung der Vorschriften unter Punkt 7.1.

7.2 ASSISTANCE-LEISTUNGEN

Wir bieten zwei Wahltarife an:
- Basis-Assistance-Versicherung: ist in Ihrer Krankenversicherung inbegriffen.
- Umfassende Assistance-Versicherung: verfügbar als Option.

Wie nutzen *Sie* die Leistungen der Assistance-Versicherung?
Um die nachfolgend genannten Leistungen nutzen zu können, müssen *Sie* unbedingt das **vorherige Einverständnis von Europ Assistance** einholen:

ANWENDUNGSBEDINGUNGEN
Europ Assistance wird erst nach der Organisation von Erste-Hilfe-Maßnahmen auf Anordnung einer zuständigen *medizinischen Autorität* medizinisch tätig.
Nach dem ersten Anruf setzt sich das *Ärzteteam* mit dem behandelnden Arzt vor Ort in Verbindung, um zu den Bedingungen tätig zu werden, die dem Zustand des Kranken oder Verletzten am besten entsprechen.
Wird eine der nachfolgend genannten Hilfsmaßnahmen durch *Sie* oder Ihr Umfeld veranlasst, werden diese nur dann von Europ Assistance erstattet, wenn die Versicherung zuvor darüber informiert wurde und ihr ausdrückliches Einverständnis durch Mitteilung einer Bearbeitungsnummer erteilt hat.

In diesem Fall werden die Kosten lt. Beleg und innerhalb der Grenzen erstattet, die gegolten hätten, wenn Europ Assistance die Serviceleistungen selbst organisiert hätte.

Europ Assistance kann bei Streik, Aufruhr, Volksaufstand, Repressalien, Behinderungen der Bewegungsfreiheit von Gütern und Personen, terroristischen Handlungen oder Sabotage, Kriegszustand, Bürgerkrieg oder von einer ausländischen Macht erklärtem oder nicht erklärtem Krieg, Kernschmelze, Aussendung ionisierender Strahlung und anderen zufälligen Ereignissen oder Höherer Gewalt nicht für Verzögerungen oder Verhinderungen bei der Ausübung dieser Serviceleistungen haftbar gemacht werden.

7.2.1 BASIS-ASSISTANCE-LEISTUNGEN

Die Bedingungen und Deckungshöhen gelten je versicherte Person innerhalb der für jede Leistung festgelegten Höchstgrenzen.

RÜCKTRANSPORT AUS GESUNDHEITLICHEN GRÜNDEN

Bei einem *Unfall* oder einer *plötzlichen Erkrankung* kontaktieren die Ärzte von Europ Assistance die behandelnden Ärzte vor Ort und treffen in Abhängigkeit von den eingeholten Informationen und den medizinischen Erfordernissen die Entscheidungen, die Ihrem Zustand am besten entsprechen.

Wenn das *Ärzteteam* von Europ Assistance Ihren Rücktransport empfiehlt, organisiert und übernimmt Europ Assistance dessen Durchführung in Abhängigkeit von den medizinischen Erfordernissen lt. *Ärzteteam*.

Der Rücktransport erfolgt:
- entweder in die am besten geeignete Klinik,
- oder in die Klinik, die Ihrem Wohnsitz in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem Herkunftsland, sofern abweichend) oder Ihrem Hauptwohnsitz in Ihrem *Zielland* am nächsten liegt,
- oder an Ihren Wohnsitz in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem Herkunftsland, sofern abweichend) oder an Ihren Hauptwohnsitz in Ihrem *Zielland*.

Wenn *Sie* in ein Behandlungszentrum eingewiesen werden, das sich außerhalb des Einzugsbereiches Ihres üblichen Wohnsitzes in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* oder Ihres Hauptwohnsitzes in Ihrem *Zielland* befindet, organisiert Europ Assistance Ihre Rückreise nach medizinisch festgestellter *Konsolidierung* und übernimmt Ihren Transfer an den Ort Ihres Hauptwohnsitzes in Ihrem *Zielland* oder in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit*.

Der Rücktransport kann in einem Sanitätswagen (Leichtfahrzeug), einer Ambulanz, mit der Bahn, mit einem Linienflug oder mit einem Ambulanzjet erfolgen. Die Entscheidung über den Ort des Krankenhausaufenthaltes, das Datum, die Notwendigkeit Ihrer Begleitung und die verwendeten Mittel wird ausschließlich vom *Ärzteteam* getroffen. Eine Ablehnung der vom *Ärzteteam* vorgeschlagenen Lösung bewirkt die Annullierung der Personen-Assistance-Versicherung. **Europ Assistance kann *Sie* auffordern, Ihr Reisedokument zu verwenden, wenn dieses verwendet oder geändert werden kann.**

RÜCKTRANSPORT DER ANDEREN BEGÜNSTIGTEN BEI KRANKRENRÜCKTRANSPORT DES *VERSICHERTEN*
Bei einem Krankenrücktransport des *Versicherten* organisiert Europ Assistance die Rückreise der mitreisenden versicherten *Familienmitglieder* nach Hause.
Europ Assistance übernimmt die Kosten für ein Reisedokument für einen einfachen Flug in der Economy-Klasse oder für eine einfache Bahnfahrt 1. Klasse, sofern die für ihre Reise ursprünglich vorgesehenen Tickets nicht verwendbar oder umbuchbar sind.

KINDERBEGLEITUNG
Wenn *Sie* nach Hause transportiert werden und es *Ihnen* unmöglich ist, sich um Ihre *unterhaltspflichtigen Kinder* unter 18 Jahren zu

kümmern, die ebenfalls vom Vertrag begünstigt sind, stellt Europ Assistance der Person Ihrer Wahl ein Beförderungsdokument für die Hin- und Rückreise (Flugzeug Economy-Klasse oder Bahn 1. Klasse) zur Verfügung, um Ihre *unterhaltspflichtigen Kinder* in Ihr *Land der Staatsangehörigkeit* zurückzubringen.

7.2.2 UMFASSENDE ASSISTANCE-VERSICHERUNG

ANWESENHEIT EINES MITGLIEDES IHRER FAMILIE BEI EINEM KRANKENHAUSAUFENTHALT
Wenn Ihr Zustand Ihren Rücktransport nicht erlaubt oder nicht rechtfertigt und wenn der Krankenhausaufenthalt vor Ort länger als 6 aufeinanderfolgende Tage andauert, stellt Europ Assistance einem *Mitglied Ihrer Familie* ein Ticket für die Hin- und Rückreise im Flugzeug in der Economy-Klasse oder mit der Bahn 1. Klasse zur Verfügung, um zu Ihnen reisen zu können. Diese Leistung wird nur dann genehmigt, wenn sich kein anderes volljähriges *Mitglied Ihrer Familie* vor Ort befindet. Europ Assistance organisiert dessen Unterbringung vor Ort und übernimmt seine Hotelkosten (nur Zimmer und Frühstück) **für maximal 10 Übernachtungen in Höhe von 80 € pro Nacht.**
Andere vorübergehende Unterbringungslösungen sind nicht erstattungsfähig.

BEAUFSICHTIGUNG *UNTERHALTSPFLICHTIGER KINDER* UNTER 18 JAHREN
Wenn sich bei einem Krankenhausaufenthalt des *Versicherten* dessen *unterhaltspflichtige Kinder* nicht allein versorgen und von keinem *Familienmitglied* betreut werden können, übernimmt die Versicherung die Beaufsichtigung der *unterhaltspflichtigen Kinder* am Wohnsitz des *Versicherten* für **maximal 20 Stunden,** wobei die Kostenübernahme auf **500 €/US$** für die Gesamtleistung begrenzt ist.

RÜCKREISE ODER BETREUUNG DES HAUSTIERES BEI KRANKENRÜCKTRANSPORT DES *VERSICHERTEN*
Europ Assistance organisiert und übernimmt die Rückreise des Haustieres bei Krankenrücktransport des *Versicherten* und aller *Mitglieder seiner Familie* in das *Land der Staatsangehörigkeit* (oder Herkunftsland, sofern abweichend) oder in das Land des Wohnsitzes. Die Rückreise und die dafür genutzten Mittel werden von Europ Assistance gewählt und beschlossen. **Die Kostenübernahme für diese Rückreise ist auf 500 €/US$ begrenzt,** unabhängig von der Anzahl der rückreisenden Haustiere.
Europ Assistance haftet nicht, wenn diese Rückreise aufgrund der geltenden Gesetze im Land der Entsendung bzw. der Auswanderung oder aufgrund eines Verbots der Behörden vor Ort aus einem beliebigen Grund nicht durchführbar ist.
Diese Leistung wird keinesfalls für die Rückreise eines Wildtieres erbracht.

Haustierbetreuung:
Bei einem Krankenhausaufenthalt des *Versicherten* übernimmt der Versicherer während der Aufenthaltsdauer des *Versicherten* in der Klinik die Unterbringungskosten in einer geeigneten Tierpension **in Höhe von 500 €/US$** unabhängig von der Anzahl der Haustiere, wenn diese nicht anderweitig betreut werden können.

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

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

RÜCKTRANSPORT BEI *TERROR- ODER SABOTAGEAKTEN, ATTENTAT* ODER *AGGRESSION*
Wenn der *Versicherte* Opfer eines *Terror-* oder *Sabotageakts,* eines *Attentats* oder einer *Aggression* ist, der/die *Personenschäden* oder einen Schockzustand hervorgerufen hat, organisiert Europ Assistance den Rücktransport des *Versicherten* in sein *Land der Staatsangehörigkeit* (oder in sein Herkunftsland, sofern abweichend).
Die Rückreise und die dafür genutzten Mittel werden von Europ Assistance gewählt und beschlossen.

EVAKUIERUNG AUS POLITISCHEN GRÜNDEN ODER WEGEN NATURKATASTROPHEN
Wenn der *Versicherte* auf Anraten der Behörden vor Ort oder seines *Landes der Staatsangehörigkeit* aufgrund von Ereignissen, die das politische System destabilisieren oder aufgrund von Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung) gezwungen ist, sein Auswanderungsland zu verlassen, übermittelt er Europ Assistance nach seiner Rückkehr in sein *Land der Staatsangehörigkeit* alle Nachweise, die die Erstattung seiner Rückreisekosten bis zu einer Höhe von max. **1.500 €/US$** ermöglichen (Flugticket einfacher Flug in der Economy-Klasse oder Bahn 1. Klasse).
Der *Versicherte* muss den Nachweis dafür erbringen, dass das Außenministerium die Zone, in der er ansässig ist, infolge von Ereignissen, die zu einer Destabilisierung des politischen Systems führten, oder einer Naturkatastrophe als offizielle rote Reisewarnungszone eingestuft hatte.
Diese Versicherungsleistung kann in den *Ausschlussländern* nicht in Anspruch genommen werden.

ÜBERFÜHRUNG DER STERBLICHEN ÜBERRESTE BEI ABLEBEN UND KOSTEN FÜR DEN SARG
Nach Ihrem Ableben organisiert und übernimmt Europ Assistance die Überführung Ihrer sterblichen Überreste (Leichnam, Asche) vom Ort des Ablebens bis an den Ort der Bestattung im *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*, Ihres Wohnsitzes, im Hauptziel- oder Herkunftsland (sofern abweichend).
Europ Assistance übernimmt die Kosten für die post mortem durchzuführenden Handlungen, die Sarglegung und die für den Transport notwendigen Vorkehrungen. Die mit dem von der Assistance organisierten Transport verbundenen Sargkosten werden bis zu einer Höhe von **maximal 1.500 €/US$** übernommen. Die Kosten für die Bestattung, die Trauerfeier, den Leichenzug vor Ort und die Beerdigung oder Einäscherung gehen zu Lasten Ihrer Familie. Die Auswahl der an der Überführung beteiligten Firmen erfolgt ausschließlich durch Europ Assistance.

RÜCKREISE DER VERSICHERTEN *FAMILIENMITGLIEDER*

Bei Rückführung des Leichnams des *Versicherten* organisiert Europ Assistance die Rückreise der mitreisenden versicherten *Familienmitglieder* nach Hause.

Europ Assistance übernimmt die Kosten für ein Reisedokument für einen einfachen Flug in der Economy-Klasse oder für eine einfache Bahnfahrt 1. Klasse, sofern die für ihre Reise ursprünglich vorgesehenen Tickets nicht verwendbar oder umbuchbar sind.

RÜCKREISE NACH *KONSOLIDIERUNG* IN IHR *ZIELLAND*

Wenn *Sie* nach einem Rücktransport zu Behandlungszwecken in der Lage sind, Ihre Berufstätigkeit wiederaufzunehmen, organisiert Europ Assistance Ihre Rückkehr in Ihr *Zielland*, sofern das entsprechende Einverständnis des *Ärzteteams* der Versicherung vorliegt.

Europ Assistance übernimmt die Kosten für das Reisedokument für einen einfachen Flug in der Economy-Klasse bzw. eine einfache Bahnfahrt 1. Klasse.

ANWESENHEIT EINES ANGEHÖRIGEN BEIM VERSTORBENEN

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

Diese Versicherungsleistung kann nur dann abgerufen werden, wenn der *Versicherte* im Augenblick seines Todes allein vor Ort war. Europ Assistance organisiert die Unterbringung eines *Familienmitgliedes* bzw. *Angehörigen* vor Ort und übernimmt seine Hotelkosten (nur Zimmer und Frühstück) **für maximal 4 aufeinanderfolgende Übernachtungen in Höhe von 50 €/US$ pro Nacht**.

Andere vorübergehende Unterbringungslösungen sind nicht erstattungsfähig.

ERMITTLUNG UND VERSAND VON MEDIKAMENTEN, DIE VOR ORT NICHT ZUR VERFÜGUNG STEHEN

Sollte es nicht möglich sein, die vor der Abreise von Ihrem behandelnden Arzt in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem Herkunftsland, sofern abweichend) verordneten notwendigen Arzneimittel oder ihr Äquivalent vor Ort zu beschaffen, ermittelt Europ Assistance diese in Frankreich.

Wenn sie dort lieferbar sind, werden sie unter Beachtung der lokalen Gesetze und der verfügbaren Transportmittel schnellstmöglich versandt.

Diese Leistung gilt für gelegentliche Anforderungen. Im Rahmen von Langzeitbehandlungen, bei denen ein regelmäßiger Versand notwendig ist, oder für Impfstoffe kann sie nicht gewährt werden. Die Arzneimittelkosten gehen zu Ihren Lasten, sofern sie nicht von *Ihrer* Krankenversicherung versichert sind. *Sie* verpflichten sich, deren Kosten zzgl. eventueller Zollgebühren innerhalb von 30 Tagen ab dem Versanddatum zu erstatten.

RECHTSSCHUTZ IM AUSLAND (GILT NICHT IM LAND IHRER STAATSANGEHÖRIGKEIT)

Bei einer fahrlässigen Zuwiderhandlung gegen die in Ihrem *Zielland* geltenden Gesetze und bei allen Handlungen, die kein Verbrechen sind, wird Europ Assistance auf schriftlichen Antrag tätig, sofern gegen *Sie* Klage eingereicht werden sollte. Dieser Versicherungsschutz gilt nicht im Zusammenhang mit Ihrer Berufstätigkeit.

Europ Assistance übernimmt die Kosten für den Anwalt vor Ort **bis maximal 1.500 €/US$ je Ereignis.**

KAUTIONSVORSCHUSS BEI EINEM STRAFVERFAHREN IM AUSLAND (GILT NICHT IN IHREM LAND DER STAATSANGEHÖRIGKEIT)

Europ Assistance hinterlegt die von den Behörden verlangte Kaution in Form eines Vorschusses, damit *Sie* auf freien Fuß gesetzt werden können bzw. nicht in Untersuchungshaft müssen.

Dieser Vorschuss wird von einem Juristen vor Ort bis zu einer Höhe von **maximal 15.000 €/US$ je Ereignis** geleistet.

Sie sind verpflichtet, Europ Assistance diesen Vorschuss zurückzuzahlen:

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

REISEVERSICHERUNG

Wenn *Sie* sich im *Ausland* befinden und dort Ihre persönlichen Sachen (Personaldokumente, Zahlungsmittel, *Gepäck*) oder Ihre Reiseunterlagen verlieren oder diese gestohlen wurden, unternimmt Europ Assistance nach Anzeige bei den zuständigen Behörden vor Ort alles, um *Sie* bei Ihren Maßnahmen zu unterstützen.

Europ Assistance ist nicht berechtigt, Zahlungsmittel für Dritte sperren zu lassen. Sollten Ersatzdokumente in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* zur Verfügung gestellt werden, verpflichtet sich Europ Assistance, Ihnen diese schnellstmöglich zu übermitteln.

Europ Assistance kann einen Vorschuss **in Höhe von 1.500 €/US$ je Ereignis** zahlen, damit *Sie* die allernötigsten Einkäufe tätigen können.

Bei Verlust oder Diebstahl eines Reisetickets kann Ihnen Europ Assistance im Rahmen eines Vorschusses ein neues, nicht handelbares Ticket zukommen lassen.

Für diese Vorschüsse ist eine Sicherheit zu leisten, die entweder von Ihnen selbst oder von einem Dritten zu hinterlegen ist. Die Rückzahlung von Vorschüssen hat innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab der Bereitstellung der Gelder zu erfolgen.

VERSPÄTUNG, ANNULIERUNG DES FLUGES ODER NICHTZULASSUNG AN BORD

Wenn, auf einem beliebigen Flughafen:

• Der bestätigte Linienflug des *Versicherten* sich in Bezug auf die ursprünglich vorgesehene Abflugzeit um Vier (4) oder mehr Stunden verspätet,

• Der bestätigte Linienflug des *Versicherten* annulliert wird,
• Der *Versicherte* aufgrund einer Überbuchung nicht an Bord gelassen wird und ihm kein Ersatztransportmittels innerhalb einer Frist von **Sechs (6) Stunden angeboten wird,**
erhält der *Versicherte* eine Entschädigung in Höhe von **bis zu Dreihundert Euro (300 €)** für seine Ausgaben für Verpflegung, Erfrischungen, Hotelübernachtung und/oder Transport vom und zum Flughafen oder Terminal.
Diese Leistung gilt nicht in den nachstehend aufgeführten Fällen:
• Trotz der Erfordernis einer Bestätigung, hat der *Versicherte* seinen Flug nicht vorab bestätigt, es sei denn, er wurde durch einen Streik oder in Fällen höherer Gewalt daran gehindert.
• Die Verspätung ist Folge eines Streiks oder der Gefahr eines Bürgerkriegs oder eines Krieges, von dem der *Versicherte* vor seiner Abreise Kenntnis hatte.
• im Falle eines durch die zivile Luftfahrtbehörde, die Flughafenbehörden oder eine vergleichbare Behörde in einem beliebigen Land angeordneten temporären oder endgültigen Widerrufs der Flugerlaubnis des Flugzeugs.

VERPASSEN EINER FLUGVERBINDUNG
Wenn der Versicherte den Abflug der Flugverbindung eines Linienflugs aufgrund einer Verspätung des vorhergehenden Linienflugs, mit dem die Reise erfolgte, verpasst, und ihm kein Ersatztransportmittel innerhalb einer Frist von Sechs (6) Stunden nach der tatsächlichen Ankunft am Ort der Flugverbindung bereitgestellt wird, erhält er eine Entschädigung in Höhe von bis zu Dreihundert Euro (300 €) für seine Ausgaben für Hotelübernachtung, Restaurant oder Erfrischungen.
Die Leistungen „Verspätung, Annullierung des Fluges oder Nichtzulassung an Bord“ und „Verpassen einer Flugverbindung“ sind kumulierbar.

ERSTATTUNG DER AUFENTHALTSKOSTEN
Im Fall einer Auslandsreise außerhalb Ihres Ziellandes, besteht der Zweck dieser Leistung darin, bereits bezahlte und nicht in Anspruch genommener Aufenthaltskosten (Beherbergungskosten, Transport nicht inbegriffen) im Fall einer vorzeitigen, vom Assistance-Unternehmen organisierten Rückkehr des *Versicherten* in das *Land seiner Staatsangehörigkeit* aufgrund eines Krankenrücktransportes, zeitanteilig zu erstatten.
Der Höchstbetrag des Entschädigung beläuft sich auf 250 € pro Tag, mit einer Gesamthöchstgrenze in Höhe von 5.000 € pro *Versicherungsjahr*. Die Entschädigung wird proportional zur Anzahl der nicht in Anspruch genommenen Aufenthaltstage bemessen.
Zur Berechnung dieser Entschädigung werden die Bearbeitungsgebühren, Visumsgebühren, Versicherungsgebühren, Trinkgeld, sowie die durch den Reiseveranstalter oder ein anderes Unternehmen, dem Sie die betroffenen Kosten gezahlt haben, getätigten Rückzahlungen oder Entschädigungen abgezogen.
Diese Leistungen gelten außerhalb des Wohnsitz- und Reiselandes des *Versicherten*.

RÜCKREISE NICHT MÖGLICH
Bei Eintreten eines Ereignisses, das von den zuständigen Behörden des Landes, in dem Sie sich zeitweise aufhalten (außerhalb des Landes, für das Sie versichert sind), als höhere Gewalt eingestuft wird, und das Sie daran hindert, definitiv in das Land, für das Sie versichert sind, zurückzukehren, übernimmt die Versicherung zusätzliche Kosten für den Aufenthalt am Ort in Höhe von 80 € pro Nacht (einzig und allein Kosten für Verpflegung und Unterkunft), für eine Höchstdauer von 5 Nächten.
Die Versicherungsleistung ist erst ab Feststellung des Tatbestandes der höheren Gewalt durch die zuständigen Behörden des Landes, in dem Sie sich zeitweise aufhalten, und nach vorheriger Genehmigung durch den Versicherer wirksam. Für ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer getätigte Ausgaben sowie alle Kosten, die durch eine Verlängerung des Aufenthaltes, die nicht mit einem als höhere Gewalt bezeichneten Ereignis in Zusammenhang stehen, besteht kein Leistungsanspruch.

ÜBERMITTLUNG WICHTIGER NACHRICHTEN
Wenn *Sie* faktisch nicht in der Lage sind, eine wichtige Nachricht zu übermitteln und wenn *Sie* darum bitten, übermittelt Europ Assistance kostenlos auf dem schnellsten Weg Ihre Nachrichten oder Neuigkeiten an die Mitglieder Ihrer Familie, Ihre Angehörigen oder Ihren Arbeitgeber.

Für den Inhalt der Nachrichten sind ihre Verfasser verantwortlich, die identifizierbar sein müssen und für die nur diese haften, wobei Europ Assistance nur als Vermittler für die Überbringung der Nachrichten auftritt. Europ Assistance kann auch in umgekehrter Richtung als Vermittler dienen.

VERLUST, BESCHÄDIGUNG ODER ZERSTÖRUNG DES PERSÖNLICHEN *GEPÄCKS*
Der Versicherer tritt auf den vom *Versicherten* durchgeführten Reisen für Verlust, Beschädigung oder die vollständige oder teilweise Zerstörung des *Gepäcks* ein.
Der Versicherer ist nur in den folgenden Fällen zu Leistungen verpflichtet:
- Verlust, Beschädigung und Zerstörung, wenn sich das *Gepäck* unter Verantwortung eines Spediteurs befindet und registriert wurde,
- wenn der Verlust, die Beschädigung und die Zerstörung Ergebnis eines Katastrophenereignisses wie Brand, Überschwemmung, Einsturz oder einer *terroristischen Handlung* ist.

Höchstgrenze des Versicherungsschutzes
Der Versicherer versichert *Gepäck* bis **1.000 €/US$.**

Inanspruchnahme der Leistung
Der Schadensfall muss dem Versicherer schriftlich innerhalb von fünf Werktagen nach dem Schaden über die Website **https://www.chubbclaims.com/ace/de-de/welcome.aspx** angezeigt werden. Nach Ablauf dieser Frist kann der Versicherer von seinemLeistungsverweigerungsrecht Gebrauch zu machen.
Eine Auflistung der Belege wird angefordert.

MISSBRÄUCHLICHE BENUTZUNG DER SIM-KARTE DURCH EINEN DRITTEN
Der Versicherer übernimmt die Kosten für die missbräuchlichen Telefongespräche durch einen Dritten nach einem Diebstahl mit *Aggression* des Mobiltelefons während Ihres Aufenthaltes außerhalb des *Landes Ihrer Staatsangehörigkeit*, sofern diese Telefongespräche vor der Registrierung des Sperrantrages für die SIM-Karte durch den Versicherten und innerhalb von achtundvierzig (48) Stunden ab dem Datum und Uhrzeit des Diebstahls erfolgten.

SONDERFALL PERSÖNLICHE MOBILTELEFONE, SMARTPHONES UND TABLETS
Der Versicherer erstattet dem *Versicherten* Fünfhundert Euro (500 €) pro *Schadensfall* für Mobiltelefone, Smartphones oder Tablets, die außerhalb des *Landes der Staatsangehörigkeit* durch Aggression gestohlen oder entrissen wurden, gegen Vorlegung von

Beweisdokumenten. Diese Leistung ist auf einen *Schadensfall* pro Versicherungsjahr und Versicherten begrenzt.
Abnutzung:
• Zwanzig Prozent (20 %) im ersten Jahr (ab dem Kauftag)
• Vierzig Prozent (40 %) im zweiten Jahr
• Keine Rückerstattung nach dem zweiten Jahr.
In jedem Fall ist der *Versicherte* verpflichtet, Original- oder Ersatzrechnungen des Kaufs der Geräte zur Verfügung zu stellen.

VORZEITIGE RÜCKREISE BEI ABLEBEN ODER KRANKRENHAUSAUFENTHALT EINES *FAMILIENMITGLIEDES*
Europ Assistance stellt Ihnen bei einem Todesfall oder einem Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen eines *Mitgliedes Ihrer Familie* ein Ticket für die Hin- und Rückreise (Flugzeug Economy-Klasse oder Bahn 1. Klasse) in Ihr *Land der Staatsangehörigkeit* (oder in Ihr Herkunftsland, sofern abweichend) zur Verfügung. Die Hinreise muss innerhalb von 8 Tagen ab dem Todestag oder der Krankenhauseinweisung erfolgen.
Dieser Leistungsanspruch besteht, wenn das Datum des Ablebens oder des Krankenhausaufenthaltes nach dem Datum Ihrer Abreise liegt.
Europ Assistance behält sich das Recht vor, die Tatsache des versicherten Ereignisses (Krankenhauseinweisung, Ableben ...) zu überprüfen, bevor seine Serviceabteilungen tätig werden.
Um diese Leistung nutzen zu können, müssen *Sie* unbedingt Kontakt mit Europ Assistance aufnehmen, um die *vorherige Genehmigung* von Europ Assistance einzuholen. Sollten *Sie* dies nicht tun, behält sich Europ Assistance die Möglichkeit vor, die Erstattung der Tickets zu verweigern, die *Sie* eventuell selbst gekauft haben.

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

BESCHRÄNKUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG
Wenn Europ Assistance Ihren Krankenrücktransport oder Ihre Rückreise organisiert und übernimmt, kann von Ihnen **die vorrangige Verwendung Ihres Reisedokuments verlangt werden.**
Wenn Europ Assistance Ihre Rückführung auf Kosten der Versicherung durchgeführt hat, sind *Sie* verpflichtet, Europ Assistance das nicht verwendete Beförderungspapier auszuhändigen.

7.3 PRIVAT*HAFTPFLICHT*VERSICHERUNG

GEGENSTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES
Dieser Versicherungsschutz deckt die finanziellen Folgen von Schäden ab, für die *Sie* und die versicherten Mitglieder Ihrer Familie als Privatperson, aber außerhalb Ihrer Berufstätigkeit, haften müssen, wobei der Weg von der Wohnung zur Arbeit und zurück mitversichert ist. Diese Versicherung tritt ein, wenn *Sie* oder eine Person, für die *Sie* haften, für einen **Schaden** haftbar gemacht werden, der **einem anderen zugefügt** wurde.

HÖCHSTGRENZEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES
Personen-, Sach- sowie immaterielle Folgeschäden: **bis 7.500.000 €/US$ je *Schadensfall* und *Versicherungsjahr*,** u. a. bei:
Sachschäden und immaterielle Folgeschäden: **bis 750.000 €/US$ je *Schadensfall* und *Versicherungsjahr*. *Selbstbehalt* von 150 €/US$ je *Schadensfall***.

Schäden Dritter: **bis 150.000 €/US$ je *Schadensfall* und *Versicherungsjahr*. *Selbstbehalt* von 150 € je *Schadensfall*.** Die Schäden umfassen ebenfalls Feuer, Explosion und Wasserschäden an Gebäuden Dritter, die *Sie* gemietet haben oder für die Organisation von Familienfeiern nutzen.

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

BESONDERE BESTIMMUNGEN
Uneinigkeit
Bei Uneinigkeit hinsichtlich der zu treffenden Maßnahmen zur Beilegung eines Streitfalles kann dieses Problem der Beurteilung durch eine Drittperson vorgelegt werden, die einvernehmlich oder, sofern kein Einvernehmen erzielt werden konnte, vom Präsidenten des „tribunal de grande instance“ Paris (französisches Gericht der ersten Instanz für spezielle Gerichtsbarkeit) bestimmt wird, der im Rahmen einer einstweiligen Verfügung entscheidet. Die dafür anfallenden Kosten trägt der Versicherer.

Allerdings kann der Präsident des „tribunal de grande instance“ Paris darüber anders entscheiden, wenn *Sie* diese Möglichkeit missbräuchlich in Anspruch genommen haben.
Wenn *Sie* auf Ihre Kosten einen Rechtsstreit führen, der zu einer günstigeren Lösung als die von der Versicherung oder der o.g. Drittperson angebotenen Lösung führt, erstattet Ihnen der Versicherer die von *Ihnen* verauslagten Kosten im Rahmen des versicherten Betrages.

Nach Einleitung des o.g. Verfahrens wird die Frist für eine gerichtliche Beschwerde für alle versicherten Rechtsinstanzen ausgesetzt, die von Ihnen in Anspruch genommen werden könnten, bis die mit der Unterbreitung eines Lösungsvorschlages beauftragte Drittperson diesen in seinem Wortlaut bekanntgegeben hat.

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

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

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

7.4 STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG/DOPPELEFFEKT

7.4.1 VERSICHERUNGSLEISTUNG IM TODESFALL

a) Auswahl und Höhe des Kapitals
Bei dieser Versicherung wird dem/n bezeichneten *Begünstigten* im Todesfall ein Kapital ausgezahlt, wenn *Sie* vor Ihrem 65. Geburtstag versterben.
Das zur Auswahl stehende Versicherungskapital kann von 20.000 bis 500.000 €/USD betragen. Die Höhe dieses Kapitals wird vom *Versicherungsnehmer* frei bestimmt. Der *Versicherungsnehmer* kann sich später für einen anderen Betrag entscheiden, wobei bei Auswahl eines höheren Kapitals medizinische Formalitäten erfüllt werden müssen.

b) Allgemeine Sterbekapitalversicherung
Wenn *Sie* ableben, zahlt der Versicherer unabhängig von Ihrer Todesursache dem/n bezeichneten *Begünstigten* 100% des versicherten Kapitals aus.

c) Sterbekapitalversicherung bei *Unfall*tod
Wenn *Sie* infolge eines *Unfalles* ableben, zahlt der Versicherer ein zusätzliches Kapital von 100% des gewählten und lt. obigem Absatz *b)* gezahlten Kapitals.
Diese Leistung wird erbracht, wenn der Tod spätestens sechs Monate nach dem *Unfall* eintritt.

d) Formalitäten, die im *Schadensfall* zu erfüllen sind, und Auszahlung der Leistungen
Das Ableben ist dem Versicherer durch Übermittlung über uns als Vermittler der folgenden, für die Zahlung notwendigen Originalbelege anzuzeigen, wozu vor allem gehören:
- ein Auszug aus der Sterbeurkunde
- eine medizinische Bescheinigung des Arztes, der das Ableben festgestellt hat, aus dem das Todesdatum hervorgeht und ob es sich um einen natürlichen oder *Unfall*tod handelt
- ein Bericht der Polizei oder jeder anderen zuständigen Behörde bei *Unfalltod*
- jedes Dokument, das die Identität des oder der *Begünstigen* nachweist

Nach Eingang der Todesanzeige und Kenntnisnahme der Kontaktinformationen des oder der *Begünstigten* verfügen *wir* über eine Frist von fünfzehn (15) Tagen, um von dem/den *Begünstigen* alle Unterlagen zu verlangen, die für die Bearbeitung des Vorganges notwendig sind.
Nach Eingang der gesamten Unterlagen und wenn die Auszahlung rechtmäßig ist, zahlen *wir* das Sterbekapital innerhalb einer Frist von dreißig (30) Tagen aus. Sollte innerhalb dieser Frist keine Zahlung erfolgen, wird das nichtgezahlte Kapital gemäß den gesetzlichen Vorschriften verzinst.
Vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. L. 132-23-1 des französischen Versicherungsgesetzes wird das im Todesfall geschuldete Kapital bei *Ausschluss* eventueller und *unfall*bedingter zusätzlicher Leistungen vom Versicherer unter den folgenden Bedingungen verwertet:
Das versicherte Kapital wird ab dem Datum des Ablebens verzinst.
Dieser Zinssatz, wobei auf die Zinsen keine Gebühren erhoben werden, wird entweder für jedes Kalenderjahr zum gesetzlich festgelegten Mindestsatz oder am Tag des Abschlusses des Vertrages zu dem Satz festgelegt, der mindestens der Höhe einer der beiden folgenden Sätze entspricht:
- dem Durchschnitt der letzten zwölf Monate des Durchschnittssatzes französischer Staatsanleihen (TME - Taux Moyen des Emprunts de l'Etat français), berechnet zum 1. November des Vorjahres,
- dem letzten Durchschnittssatzes französischer Staatsanleihen (TME - Taux Moyen des Emprunts de l'Etat français), der am 1. November des Vorjahres verfügbar war.

Die Verwertung endet am Tag des Einganges der für die Zahlung notwendigen Nachweise bzw. ggf. am Tag der Hinterlegung dieses Kapitals bei der Caisse des dépôts et consignations lt. Art. L. 132-27-2 des französischen Versicherungsgesetzes.

7.4.2 LEISTUNGEN BEI VOLLSTÄNDIGER UND UNWIDERRUFLICHER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

a) Definition der Versicherungsleistung

Vollständige und unwiderrufliche Pflegebedürftigkeit: Ihre ärztlich festgestellte vollständige und unwiderrufliche Unfähigkeit, einer Arbeit oder einer Beschäftigung nachzugehen, die Ihnen Einkünfte oder Gewinn bringt, und Notwendigkeit Ihrer Unterstützung durch eine dritte Person bei der Verrichtung von Handlungen des normalen Lebens. Die im Rahmen dieses Vertrages festgestellte vollständige und unwiderrufliche Pflegebedürftigkeit wegen Krankheit oder *Unfall* wird, wenn sie vor Ihrem 65. Geburtstag eintritt, einem Todesfall gleichgestellt. Das für den Todesfall versicherte Kapital, dessen Feststellung unter Bezugnahme auf den Zeitpunkt der medizinischen festgestellten vollständigen und unwiderruflichen Pflegebedürftigkeit erfolgt, wird Ihnen im Voraus ausgezahlt.

Ihre vollständige und unwiderrufliche Pflegebedürftigkeit muss vor Ihrer Berentung und spätestens vor Ihrem 65. Geburtstag konsolidiert sein, damit die Leistung ausgezahlt werden kann.

Mit der vorzeitigen Auszahlung des Sterbekapitals bei Pflegebedürftigkeit endet die Wirksamkeit Ihrer Sterbe- (mit Ausnahme der Doppeleffekt-Versicherung) und Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit.

b) Formalitäten, die im *Schadensfall* zu erfüllen sind, und Auszahlung der Leistungen

Es obliegt Ihnen, die vollständige und unwiderrufliche Pflegebedürftigkeit anzuzeigen, und *Sie* sind verpflichtet, gegenüber dem Versicherer über uns als Vermittler den Beweis dafür durch Vorlage der für die Zahlung notwendigen Belege zu erbringen:

- ein detailliertes Attest des behandelnden Arztes,
- eventuell die Mitteilung, dass eine Invalidenrente, für die Unterstützung durch eine dritte Person Grundlage ist, eines Pflichtversorgungssystems gezahlt wird,
- jedes Dokument, das die Identität und/oder die familiäre Situation nachweist,
- einen Bericht der Polizei oder einer anderen zuständigen Behörde bei *Unfall*,
- ggf. jedes Dokument, aus dem der Grund und die Umstände des *Unfalles* hervorgehen, der zur vollständigen und unwiderruflichen Pflegebedürftigkeit geführt hat.

Anerkennung und Prüfung der vollständigen und unwiderruflichen Pflegebedürftigkeit durch den Versicherer

Der Versicherer behält sich bis zum Datum der Fälligkeit der Leistung das Recht vor, alle Prüfungen durchzuführen und den Betroffenen allen medizinischen Untersuchungen zu unterziehen, die für die Beurteilung, Anerkennung oder Überprüfung seiner Pflegebedürftigkeit sachdienlich sind. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Ihrem Arzt und dem Arzt des Versicherers hinsichtlich Ihrer Pflegebedürftigkeit wählen *Sie* und der Versicherer gemeinsam einen dritten Arzt aus, der eine Entscheidung herbeiführt. ***Sie* erklären, sich der Rechtsprechung der Pariser Gerichte zu unterwerfen und verzichten auf jedwedes Verfahren in jedem anderen Land.**

Modus der Kapitalauszahlung

Das versicherte Kapital wird sechs Monate nach dem Datum der Anerkennung der vollständigen und unwiderruflichen Pflegebedürftigkeit durch den Versicherer und vorbehaltlich des Fortbestandes dieses Zustandes fällig.

7.4.3 KAPITAL BEI ABLEHBEN IHRES EHEPARTNERS, DER GLEICHZEITIG MIT DEM IHRIGEN ODER DANACH EINTRITT (DOPPELEFFEKT)

a) Definition der Versicherungsleistung

Wenn Ihr *Ehepartner* vor dem 65. Lebensjahr verstirbt, unabhängig davon, ob dieses Ereignis gleichzeitig mit Ihrem Tod (innerhalb von 24 Stunden vor oder nach Ihrem Tod) oder danach (innerhalb von 6 Monaten nach Ihrem Tod) eintritt, wird den genannten Begünstigten bzw., sofern unzutreffend, den Begünstigten lt. geltendem Recht ein Kapital ausgezahlt.
Die Höhe dieses Kapitals beträgt 50 % des unter Punkt 7.4.1, Absatz *b)* festgelegten Kapitals und wird bei Ableben Ihres *Ehepartners* ausgezahlt.

b) Formalitäten, die im *Schadensfall* zu erfüllen sind, und Auszahlung der Leistungen

Die für die Zahlung notwendigen Belege sind vor allem:

- ein Auszug aus der Sterbeurkunde,
- eine medizinische Bescheinigung des Arztes, der den Tod festgestellt hat, aus der das Todesdatum hervorgeht und ob es sich um einen natürlichen oder *Unfall*tod handelt,
- ein Bericht der Polizei oder jeder anderen zuständigen Behörde bei *Unfalltod*,
- jedes Dokument, das die Identität des oder der *Begünstigten* nachweist.

Die Zahlung der geschuldeten Beträge erfolgt zu den Bedingungen von Punkt 7.4.1.
Kapitalzuweisung: Das versicherte Kapital wird an den/die genannten Begünstigten, anderenfalls an die Begünstigten lt. geltendem Recht ausgezahlt.

7.4.4 BEFREIUNG VON DER *BEITRAGS*ZAHLUNG – FORTBESTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES BEI ARBEITSUNTERBRECHUNG

a)* Befreiung von der Zahlung der *Beiträge

Wenn *Sie* wegen Krankheit oder *Unfall* vor Ihrem 65. Geburtstag vollständig arbeitsunfähig werden, endet die Pflicht zur Zahlung der *Beiträge* für die gewählten Versicherungen (mit Ausnahme der Assistance- und Privat*haftpflicht*versicherung):

- wenn kein Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitsunterbrechung gewählt wurde: ab dem 91. Tag der vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit,
- wenn Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitsunterbrechung gewählt wurde: je nach gewählter Option ab dem 31. Tag oder 61. Tag der vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit.

Sie gelten als vollständig und fortgesetzt arbeitsunfähig, wenn *Sie* zeitweilig vollständig arbeitsunfähig oder dauerhaft Vollinvalide sind, wie unter Punkt 7.5.2 definiert und von der Versicherung anerkannt.

b) Fortbestand des Versicherungsschutzes

Solange der *Versicherungsnehmer* unter den Bedingungen des obigen Absatzes *a)* von der Zahlung der *Beiträge* befreit ist, besteht der gewählte und im Todes- und Pflegefall gewährte Versicherungsschutz zu den unter den entsprechenden Punkten vorgesehenen Bedingungen fort. **Der Fortbestand des Versicherungsschutzes wird gewährt, solange die von der *Beitrags*zahlung befreiende Arbeitsunfähigkeit andauert.** Die *Beitrags*befreiung endet bei Ihrer ärztlich festgestellten Fähigkeit zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit, unabhängig von der Art dieser Tätigkeit.
Bei Kündigung des Vertrages besteht der Versicherungsschutz in der Höhe fort, der am Tag der Kündigung erreicht wurde.

7.5 KRANKENTAGEGELD BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Diese Versicherung kann nur gewählt werden, wenn zuvor die Sterbe- und Pflegekapitalversicherung lt. Punkt 7.4 gewählt wurde und eine bezahlte Berufstätigkeit ausgeübt wird. Wenn *Sie* eine Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE oder der französischen gesetzlichen Sozialversicherung gewählt haben, zahlen *wir* nach der Kostenübernahme der französischen gesetzlichen Sozialversicherung (oder gleichwertiges System) oder „Caisse des Français de l'Etranger". Sofern *Sie* bei der CFE versichert sind, müssten *Sie* vorab die Pflege- und Sterbekapital- und die Krankentagegeldversicherung bei der CFE abgeschlossen haben.
Wenn Ihre Pflichtversicherung keine Leistungen übernimmt, können *wir* die gesamten Kosten übernehmen, sofern *Sie* uns zuvor einen Nachweis über die Nichterstattung Ihrer Kosten durch die französische Pflichtversicherung vorlegen.

7.5.1 GEGENSTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Gegenstand dieser Versicherung ist die Zahlung eines Tagegeldes bei zeitweilig vollständiger Arbeitsunfähigkeit oder einer Jahresrente bei Erwerbsunfähigkeit infolge einer Krankheit oder eines *Unfalles*.

7.5.2 DEFINITIONEN

Unter vollständiger Arbeitsunfähigkeit ist eine zeitweilig vollständige Erwerbsunfähigkeit wegen Krankheit oder *Unfall* zu verstehen, wegen der/dem Sie physisch zeitweilig nicht in der Lage sind, eine beliebige Berufstätigkeit auszuüben, was medizinisch festgestellt worden und von dem Versicherer anerkannt sein muss.
Unter dauerhafter Voll- oder Teilinvalidität ist eine medizinisch festgestellte und von der Versicherung anerkannte Invalidität nach Krankheit oder *Unfall* zu verstehen, die es Ihnen physisch vollständig oder teilweise unmöglich macht, Ihren Beruf oder einen Beruf, der Ihnen Einkünfte verschafft, die denen entsprechen, die *Sie* vor der krankheits- oder *unfall*bedingten Arbeitsunterbrechung erzielt hatten, normal auszuüben.

7.5.3 HÖHE DER LEISTUNGEN

a) Zeitweilige Arbeitsunfähigkeit
Wenn der Versicherer anerkennt, dass *Sie* zeitweilig vollständig arbeitsunfähig sind, wird Ihnen nach Ablauf eines Zeitraumes der vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunterbrechung wegen Krankheit oder *Unfall* je nach gewählter Option von 30 oder 60 Tagen ein Tagegeld gezahlt. Die Höhe dieser Tagegelder wird vom *Versicherungsnehmer* zwischen einem Minimum und einem Maximum im Verhältnis zur obligatorischen Mindesthöhe des gewählten Sterbekapitals gewählt. Dieser Betrag geht im ersten Jahr aus der *Versicherungsbescheinigung* und danach aus dem letzten *Beitrags*aufruf hervor.
Die monatliche Gesamtsumme der Tagegelder darf nicht über 100 % Ihres monatlichen Nettoverdienstes Liegen (bzw. 70 % Ihres monatlichen Nettoverdienstes bei Unternehmensgründung oder Wiederaufnahme der Berufstätigkeit vor weniger als einem Jahr). Wenn *Sie* eine Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE oder der französischen gesetzlichen Sozialversicherung gewählt haben, darf die monatliche Gesamtsumme der Tagegelder aus Ihrer Pflichtversicherung und dem Vertrag MyHealth International nicht über 100% Ihres monatlichen Nettoverdienstes liegen (bzw. 70 % Ihres monatlichen Nettoverdienstes bei Unternehmensgründung oder Wiederaufnahme der Berufstätigkeit vor weniger als einem Jahr).

b) Erwerbsunfähigkeit
Ihre Erwerbsunfähigkeit wird unter zwei Bedingungen anerkannt:

- Entweder sind *Sie* aus physischem Grund oder aufgrund Ihrer geistigen Verfassung Invalide, *oder*
- *Sie* sind berufsunfähig.

Die Invalidität bzw. Erwerbs-/Berufsunfähigkeit wird durch medizinisches Gutachten festgestellt. Damit der vom Versicherer bestimmte medizinische Gutachter den Grad der physischen oder geistigen funktionellen und beruflichen Invalidität feststellen kann, muss sich Ihr Gesundheitszustand zuvor *konsolidiert* haben.
Der funktionelle Invaliditätsgrad beträgt auf der Basis einer Minderung der physischen oder geistigen Leistungsfähigkeit infolge *Unfalls* oder Krankheit unabhängig vom Beruf 0 bis 100 %.

Danach wird der berufsbezogene Invaliditätsgrad, der 0 bis 100 % betragen kann, gemäß Grad und Art der funktionellen Invalidität im Verhältnis zum ausgeübten Beruf bestimmt. Dabei wird berücksichtigt, auf welche Weise dieser vor der Krankheit oder dem *Unfall* ausgeübt wurde, welches die normalen Bedingungen der Berufsausübung sind und welche Ausübungsmöglichkeiten verbleiben.

Ausgehend vom Grad der funktionellen und beruflichen Invalidität wird der Invaliditätsgrad gemäß der folgenden Invaliditätstabelle bestimmt. Die vom *Versicherungsnehmer* gewählte Rentenhöhe geht aus der *Versicherungsbescheinigung* hervor und entspricht dem 360fachen des gewählten Tagegeldes.

- Wenn der Invaliditätsgrad „n", der von der Versicherung gutachterlich bestimmt wurde, gleich oder höher als 66 % ist, liegt eine Vollinvalidität vor. Die gezahlte Rente entspricht der gewählten Rentenhöhe.
- Wenn der Invaliditätsgrad „n", der von der Versicherung gutachterlich bestimmt wurde, zwischen 34 % und 65 % beträgt, liegt eine Teilinvalidität vor. Die gezahlte Rente beträgt n/66 der gewählten Invaliditätsrente insgesamt, wobei „n" der von der Versicherung bestimmte Invaliditätsgrad ist.

Wenn der Invaliditätsgrad „n", der von der Versicherung bestimmt wurde, gleich oder kleiner als 33 % beträgt, besteht keine Leistungspflicht.

INVALIDITÄTSTABELLE									
BERUFSBEZOGENER GRAD	IFUNKTIONELLER GRAD								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10						37	40	43	46
20				37	42	46	50	55	58
30			36	42	48	53	58	62	67
40			40	46	52	58	63	69	74
50		36	43	50	56	63	68	73	79
60		38	46	53	60	66	73	79	84
70		40	48	56	63	70	77	83	89
80		42	50	58	66	73	80	87	93
90		43	52	61	67	76	83	90	97
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

7.5.4 GEMEINSAME BESTIMMUNGEN FÜR DIE ARBEITSUNTERBRECHUNGSVERSICHERUNGEN

a) Anerkennung und Überprüfung des Zustandes der Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität durch den Versicherer
Der Versicherer behält sich ausdrücklich das Recht vor, Ihren Zustand der Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität zu beurteilen, anzuerkennen und zu überprüfen. Zu diesem Zweck können Ärzte, Mitarbeiter oder Bevollmächtigte des Versicherers zu *Ihnen* kommen, wobei *Sie* sich verpflichten, diese zu empfangen und ehrlich über Ihren Zustand zu informieren. Wenn *Sie* sich den Besuchen und/oder den medizinischen Untersuchungen widersetzen, ist die **Versicherung berechtigt, die Zahlung der Leistungen zu unterbrechen.**

Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Ihrem Arzt und dem Arzt der Versicherung entweder hinsichtlich Ihrer zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit oder Ihrer dauerhaften Voll- oder Teilinvalidität wählen *Sie* und die Versicherung gemeinsam einen dritten Arzt aus, der eine Entscheidung herbeiführt.
***Sie* erklären, sich der Rechtsprechung der Pariser Gerichte zu unterwerfen und verzichten auf jedwedes Verfahren in jedem anderen Land.**

b) Zahlung der Leistungen
Zeitweilige Arbeitsunfähigkeit: Das Tagegeld, auf das tageweise Anspruch besteht, ist monatlich im Nachhinein zahlbar, solange *Sie* sich im Zustand der zeitweiligen vollständigen Arbeitsunfähigkeit befinden, bis zum Tag der Anerkennung des Zustandes der Erwerbsunfähigkeit und spätestens bis zum 1.095. Tag ab dem Datum der Arbeitsunterbrechung oder der späteren Meldung. Die Zahlung endet am Tag der von einem medizinischen Gutachter, der vom Versicherer bestimmt wurde, anerkannten *Konsolidierung* Ihres Gesundheitszustandes.

Diese Zahlung wird spätestens an dem Tag eingestellt, an dem *Sie* Ihr 65. Lebensjahr vollenden.
Erwerbsunfähigkeit: Die Rentenhöhe kann bei einer Änderung des Zustandes der Invalidität angepasst werden. Die Rente wird Ihnen während der gesamten Invaliditätsdauer vierteljährlich rückwirkend bis zum Ende des Quartals des Kalenderjahres gezahlt, in dem *Sie* das 65. Lebensjahr vollenden.

c) Wiederaufnahme der Arbeit für eine Dauer von weniger als zwei Monaten
Wenn *Sie*, nachdem *Sie* begonnen haben, die o.g. Leistungen zu beziehen, Ihre Tätigkeit wieder aufnehmen und diese weniger als zwei Monate nach dieser Wiederaufnahme unterbrechen müssen, werden diese Leistungen ohne Anwendung der *Wartezeit* (30 oder 60 Tage, je nach Option, die vom *Versicherungsnehmer* gewählt wurde) erneut gezahlt, sofern der Vertrag am Tag der erneuten Arbeitsunterbrechung immer noch in Kraft ist und der Beweis dafür erbracht werden kann, dass die erneute Einstellung der Tätigkeit aus demselben Grund erfolgt wie zuvor.

d) Anpassung der Leistungen
Die bei Arbeitsunterbrechung gezahlten Tagegelder und Jahresrenten werden ab dem 366. Tag, der dem Datum der Arbeitsunterbrechung folgt, jährlich zum selben Datum angepasst.
Sie werden am 1. Januar jedes Jahres in um 2 % erhöht. Der Versicherer behält sich jedoch das Recht vor, diesen Prozentsatz in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit seines Neubewertungsfonds zu revidieren. Bei Vertragskündigung verbleibt die Anpassung auf dem erreichten Niveau.

7.5.5 FORMALITÄTEN, DIE IM *SCHADENSFALL* ZU ERFÜLLEN SIND

Es obliegt *Ihnen*, die Arbeitsunterbrechung zu erklären, und *Sie* sind verpflichtet, diese dem Versicherer über uns als Vermittler innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum der Arbeitsunterbrechung durch Einschreiben anzuzeigen. Dieser Anzeige sind beizulegen:

- ein ärztliches Attest, aus dem das Datum der Arbeitsunterbrechung und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und die Art der Krankheit oder des *Unfalls* hervorgehen,
- ein Nachweis, dass eine bezahlte Berufstätigkeit ausgeübt wird.
- abhängig beschäftigte *Versicherte* müssen beilegen: eine *Schadensmeldung* gegenüber ihrem Arbeitgeber (Krankenschein) und eine Bruttolohnbescheinigung für die letzten 12 Monate inkl. gezahlter Prämien und Boni und die Kontaktdaten des Arbeitgebers,
- selbständig tätige *Versicherte* müssen beilegen: eine Kopie der Einkommensteuererklärung des Vorjahres. Die Versicherung behält sich das Recht vor, zusätzliche Belege zu verlangen.
- Für die Versicherten in Ergänzung der CFE oder der gesetzlichen französischen Sozialversicherung, einen Nachweis der Kostenübernahme durch die entsprechende Basisversicherung.

Für Arbeitsunterbrechungen, die nach dieser Frist angemeldet werden, wird für den Zeitraum vor der Meldung keine Zahlung geleistet. Sobald die Arbeitsunterbrechung endet, müssen Sie dem Versicherer über uns als Vermittler eine Bescheinigung über die Wiederaufnahme Ihrer Tätigkeit zuschicken. Wenn die Arbeitsunfähigkeit über das für die Wiederaufnahme der Arbeit geplante Datum hinaus andauert, ist ein neues ärztliches Attest vorzulegen, aus dem die voraussichtliche Dauer der neuen Arbeitsunterbrechung und die Art der Krankheit oder des Unfalles hervorgehen. Diese Formalität ist jedes Mal neu zu erfüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit über das für die Wiederaufnahme der Arbeit geplante Datum hinaus andauert.

8. WAS IHR VERTRAG AUSSCHLIESST

8.1 AUSSCHLÜSSE AUS DER KRANKENVERSICHERUNG

Neben den *Ausschlüssen,* die unter nachfolgendem Punkt 8.6 aufgeführt sind und die für alle Versicherungen gelten, sind aus der Krankenversicherung Sachverhalte sowie deren Folgen und Konsequenzen ausgeschlossen:

- **alle Ausgaben für Behandlungen oder Verschreibungen vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages oder während der *Wartezeiten*,**
- **vorher angezeigte *Vorerkrankungen*, die bei Abschluss der Versicherung ausgeschlossen wurden,**
- **alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, die nicht von einer qualifizierten *medizinischen Autorität* verordnet wurden,**
- **bei *Versicherten* in Ergänzung der CFE oder der gesetzlichen französischen Sozialversicherung alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, die nicht von der französischen gesetzlichen Sozialversicherung übernommen werden (vorbehaltlich gegenteiliger Festlegungen, die aus der Leistungsübersicht hervorgehen),**
- **Nicht-Generika, wenn ihre generische Form verfügbar ist und dem Versicherten verschrieben werden kann ;**
- **Kosten für den medizinischen Krankenhausaufenthalt oder Aufenthalt in einem Sanatorium oder einer Präventionseinrichtung, wenn die Einrichtungen, in denen sich der *Versicherte* aufgehalten hat, nicht von der zuständigen Behörde zugelassen sind,**
- **Nebenkosten (mit Ausnahme der Kosten, die in der Leistungsübersicht genannt sind) bei einem Krankenhausaufenthalt oder Kosten, die unter Berücksichtigung des Landes, in dem sie angefallen sind, als Luxus, unangemessen oder ungewöhnlich gelten,**
- **Transportkosten, die keine Ambulanzkosten bis zum nächsten geeigneten Behandlungszentrum sind,**
- **psychotherapeutische und ambulante Behandlungen (Konsultationen, Arzneimittel, Diagnosetests und Laboranalysen) im Zusammenhang mit:**
  - **mentalen und Verhaltensstörungen, die mit der Einnahme von Drogen, Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen verbunden sind,**
  - **Schlafstörungen (Schlaflosigkeit, Hypersomnie, Schlafwandeln), Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus,**
- **sanfte bzw. alternative Behandlungsmethoden (mit Ausnahme der Methoden, die in der Leistungsübersicht genannt sind),**
- **Kosten von Produkten zur Körper- und Schönheitspflege, kosmetische Behandlungen, Hygieneprodukte, Sonnen- und/oder Feuchtigkeitscremes, Make-up-Produkte, Wellnessbehandlungen, Vitamine und Mineralien, Nahrungsergänzungen, Diäterzeugnisse, Babynahrung, Mineralwasser,**
- **Thermometer und Blutdruckmesser,**
- **Medikamente und Behandlungen, die mit Erektionsstörungen verbunden sind,**
- **Kosten für die Suche und den Transport zur Organtransplantation,**
- **experimentelle Behandlungen,**
- **Kosten für Schönheitsbehandlungen, Verjüngungs-, Abmagerungs-, Mast- und Thermalkuren und Thalassotherapien,**
- **Behandlungen der Alkoholsucht, der Drogensucht und jeder anderen Sucht oder Krankheit, die mit einer derartigen Abhängigkeit verbunden ist,**
- **Aufenthalte in der Gerontologie, in medizinisch-pädagogischen Instituten und ähnlichen Einrichtungen,**
- **Aufenthalte Klinikzentren und Heimen für pflegebedürftige Senioren und langfristige Krankenhausaufenthalte,**
- **Aufenthalte in Erholungs- oder Genesungsheimen, die sich nicht an einen Krankenhausaufenthalt anschließen, der mit einer *besonders schweren Erkrankung* oder einem *Unfall* verbunden ist,**
- **Wachstumshormone,**
- **Operationen und Behandlungen, die mit Geschlechtsumwandlungen verbunden sind,**
- **Brillen und Kontaktlinsen ohne Sehkorrektur,**

- **Selbstverstümmelung,**
- **alle Ausgaben, die medizinisch nicht notwendig sind,**
- **Behandlungen, die von den *medizinischen Autoritäten* des Landes, in denen sie stattfinden, nicht anerkannt sind.**

8.2 AUSSCHLÜSSE AUS DER ASSISTANCE-VERSICHERUNG (BASIS UND UMFASSEND):

Neben den *Ausschlüssen*, die für alle Versicherungen gelten und die unter nachfolgendem Punkt 8.6. aufgeführt sind, sind aus der Assistance-Versicherung die Ausgaben ausgeschlossen, die sich aus den folgenden Tatsachen oder Ereignissen ergeben (diese Kosten werden keinesfalls erstattet, aus welchem Grund auch immer, wobei eine Beteiligung von Europ Assistance ausgeschlossen ist):

- **im Rahmen von Beteiligungen und/oder Erstattungen im Zusammenhang mit Generaluntersuchungen, Check-ups und Früherkennungsmaßnahmen,**
- **für harmlose Erkrankungen oder Verletzungen, die vor Ort behandelt werden können und den *Versicherten* nicht daran hindern, seine Reise fortzusetzen,**
- **für Rekonvaleszenz, Erkrankungen, die sich in Behandlung befinden, aber noch nicht konsolidiert sind und/oder später nach Plan behandelt werden müssen,**
- **für *Erkrankungen*, die vor der Abreise bestanden und sich verschlimmern oder wieder auftreten könnten,**
- **für Erkrankungen, die 6 Monate vor der Abreise Grund für einen Krankenhausaufenthalt waren,**
- **für eventuelle Nachsorgen (Kontrolle, ergänzende Behandlungen, Rückfälle) einer Erkrankung, aufgrund derer ein Rücktransport erfolgte,**
- **für Schwangerschaften, ausgenommen bei unvorhersehbaren Komplikation, aber in jedem Fall: Schwangerschaften und ihre eventuellen Komplikationen und in jedem Fall nach der 28. Woche seit dem Ausbleiben der Regelblutung,**
- **für Entbindungen und ihre Folgen für die Neugeborenen,**
- **für veranlasste Schwangerschaftsunterbrechungen,**
- **für schönheitschirurgische Eingriffe,**
- **aufgrund von Genuss von Alkohol und dessen Folgen gemäß der im Land des Eintritts geltenden Gesetzgebung,**
- **für Reisen, die zu Diagnose- und/oder Behandlungszwecken unternommen werden,**
- **für Konsequenzen, die sich aus einer fehlenden, unmöglichen oder den Folgen einer Impfung oder einer wegen einer Ortsveränderung oder Reise notwendigen oder vorgeschriebenen Behandlung ergeben,**
- **für angeborene *Krankheiten* oder Missbildungen.**

<u>Nicht übernommen werden:</u>

- **medizinische Kosten,**
- **Kuren, Aufenthalte in Erholungsheimen und Rehabilitationskosten,**
- **Kosten für die Empfängnisverhütung und Sterilitätsbehandlungen,**
- **Kosten für Brillen und Kontaktlinsen,**
- **ästhetische, Zahn- und Hörprothesen,**
- **aufgrund des Gesundheitszustandes des *Versicherten* wiederholte notwendige Transporte.**
- **Ereignisse aufgrund der Teilnahme des *Versicherten* an Sportwettkämpfen, Mutproben, Spielen, Derbys, Rallyes und an deren Ausscheidungsrunden,**
- **Folgen neuropsychischer, psychologischer oder psychosomatischer Störungen, alle Symptome, die einer neuropsychiatrischer Behandlung bedürfen und vor allem nervöse Depressionen und Angst,**
- **Kosten infolge einer Schwangerschaft, Mutterschaft und deren Komplikationen, einer Entbindung und ihrer Komplikationen, von Sterilitätsbehandlungen und Schwangerschaftsunterbrechungen.**
- **von direkten oder indirekten Auswirkungen von Atomkernstrukturänderungen, klimatischen Ereignissen wie Unwetter oder Orkan, Erdbeben, Überschwemmung, Springflut u. a. Naturgewalten, außer im Rahmen von Entschädigung bei Naturkatastrophen,**

<u>Vom Versicherungsschutz Such- und Rettungskosten sind ausgeschlossen:</u>

- **Such- und Rettungskosten, die sich aus der Nichtbeachtung der Regeln der Vorsicht ergeben, die von den Betreibern des Standortes erlassen wurden und/oder der Vorschriften, die für die Aktivität gelten, die vom *Versicherten* praktiziert wird,**
- **Such- und Rettungskosten, die sich aus der Ausübung eines Profisports, der Teilnahme an einer Expedition oder an einem Wettkampf ergeben, außer bei einer ausdrücklich gegenteiligen Bestimmung.**

<u>Spezielle *Ausschlüsse* aus der REISE*GEPÄCK*VERSICHERUNG:</u>

- **Zahn-, Seh- und sonstige Prothesen, Brillen, Kontaktlinsen,**
- **Bargeld, Personaldokumente, Geschäftsunterlagen, behördliche Unterlagen, Reiseschecks, Kreditkarten, Flugtickets, Beförderungsdokumente und „Voucher“,**
- ***Schäden* aufgrund normaler Abnutzung, Alter, Mängeln am *Gepäck*,**
- **Beschädigungen durch Motten oder Ungeziefer oder Reinigung, Reparatur oder Restauration, falsche Behandlung des *Gepäcks* durch den *Versicherten,***
- ***Schäden* aufgrund von Beschlagnahme, Pfändung oder Vernichtung auf Anweisung einer Behörde,**
- **Wertgegenstände, Schmuck und Pelze,**
- **Schlüssel und ähnliche Objekte (z. B. Magnetkarten oder -button),**
- ***Gepäck* und Gegenstände, die vom *Versicherten* nicht beaufsichtigt wurden,**
- **Mobiltelefone,**
- **IT-, audiovisuelle und HiFi-Anlagen, Foto- und Videoapparate, die bei Spediteuren aufgegeben wurden,**
- **Verluste, die von einem anderen Versicherungsvertrag übernommen werden können bzw. für die der *Versicherte* eine Entschädigung erhalten hat**

Die Leistungen von APRIL International Assistance sind unter den folgenden Umständen ausgeschlossen bzw. Beschränkt:

- **Beschränkung unserer Leistungen auf den von den Behörden vor Ort erlaubten Leistungsumfang,**
- ***Ausschluss* unseres Eintritts anstelle der lokalen Notfall- und Rettungsstrukturen, keine Kostenübernahme der durch diese entstandenen Kosten,**
- ***Ausschluss* einer Haftungsübernahme wegen Versäumnissen oder Verzögerungen bei der Erfüllung von**

Verpflichtungen bei höherer Gewalt oder Ereignissen wie Aufruhr, Bürgerkrieg, Krieg mit einer ausländischen Macht, Volksaufstand, Revolution, Streik, Beschlagnahme oder behördlicher Zwang, offizielles Verbot, Piraterie, Explosion eines Geräts im weitesten Sinne, Wirkung von Kernenergie bzw. Radioaktivität, Verhinderung aufgrund klimatischer Ereignisse,

- **Handlungs*ausschluss* in den Fällen, in denen der *Versicherte* vorsätzlich gegen Gesetze verstößt, die in den Ländern gelten, in denen er reist oder als Expat ansässig ist,**
- ***Ausschluss* von Ereignissen aufgrund der Teilnahme des *Versicherten* an Sportwettkämpfen, Mutproben, Spielen, Derbys, Rallyes und deren Ausscheidungsrunden.**

8.3 AUSSCHLÜSSE AUS DER PRIVAT*HAFTPFLICHT*VERSICHERUNG:

Neben den *Ausschlüssen*, die für alle Versicherungen gelten und die unter nachfolgendem Punkt 8.6 aufgeführt sind, sind aus dieser Versicherung ausgeschlossen:

- **Schäden, die sich aus der Ausübung einer beliebigen Berufstätigkeit oder von Funktionen ergeben, die im Rahmen von Wahlmandaten wahrgenommen werden,**
- **das Führen von Fahrzeugen, die von Motoren angetrieben oder von Tieren gezogen werden,**
- **Folgen aller Sach- oder *Personenschäden* des *Versicherten*,**
- ***Sachschäden* aufgrund von Feuer, Explosion oder Wasserschäden, die ihren Ausgangspunkt in Gebäuden oder Räumen hatten oder sich dort ereigneten, deren Eigentümer, Mieter oder privater Nutznießer aufgrund eines beliebigen Rechts der *Versicherte* ist,**
- **Nachbarschaftsstreitigkeiten (Belästigungen),**
- ***Schäden* durch Asbest (Asbestfasern und -staub inkl.), Blei (bleihaltige Partikel inkl.), toxischen Schimmel und Kontaminierung durch Pilze sowie *Schäden* durch Schadstoffe in den USA/Kanada,**
- ***Schäden* im Zusammenhang mit der Nutzung von Kraft- oder motorgetriebenen Fahrzeugen, Segel- und Motorbooten, Fluggeräten und Reittieren, deren Eigentümer der *Versicherte* ist, die er führt bzw. in dessen Obhut sich diese befinden, bzw. durch die Personen, für die er zivilrechtlich haftet,**
- ***Sachschäden* infolge von Feuer, Explosion oder Wasserschäden in Räumlichkeiten, deren Eigentümer, Nutzer oder Mieter der *Versicherte* ist, wobei diese Schäden in einem vom *Versicherten* (oder seinem Arbeitgeber) gemieteten Hotelzimmer für eine Dauer von mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen versichert sind, sofern der *Versicherte* dort nicht wohnhaft ist,**

- ***Immaterielle Schäden,* die keine Folgeschäden sind,**
- **alle Folgen aus den vertraglichen Verpflichtungen des *Versicherten,* sofern die Pflichten, die sich daraus ergeben, über dessen privatrechtliche Verpflichtungen hinausgehen,**
- **gerichtlich angeordnete Entschädigungen mit Strafcharakter („Punitive“ oder „Exemplary Damages“), die im Allgemeinen zusätzlich zum eigentlichen Schadenersatz verhängt werden, der Geschädigten von Gerichten in den USA oder Kanada zugesprochen werden kann, wenn diese der Meinung sind, dass der Verursacher des *Schadens* ein „asoziales“ oder „mehr als nur nachlässiges“ oder „vorsätzlich dessen Folgen ignorierendes“ Verhalten an den Tag gelegt hat,**
- **Folgen neuropsychischer, psychologischer oder psychosomatischer Störungen, alle Symptome, die einer neuropsychiatrischer Behandlung bedürfen und vor allem nervöse Depressionen und Angst.**

<u>Von den *Schäden* sind ebenfalls ausgeschlossen:</u>

- **Schäden an Sachen, wozu auch Tiere gehören, die der *Versicherte* führt, die sich in dessen Obhut oder Gebrauch befinden, auch wenn sie ihm im Rahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit anvertraut wurden,**
- **Schäden im Ergebnis einer Berufs- oder bezahlten Tätigkeit des *Versicherten* sowie für die öffentliche Hand und Gewerkschaften,**
- **Schäden im Ergebnis der Beteiligung des *Versicherten* an einem terroristischen Anschlag oder Sabotage, einem Attentat, einem Aufruhr oder einem Volksaufstand,**
- **Schäden im Ergebnis einer nicht *unfall*bedingten Umweltverschmutzung,**
- **Schaden an Gütern, Objekten, Produkten oder Tieren, die vom *Versicherten* verkauft werden,**
- **Schäden, verursacht von Pferden oder anderen Huftieren, von Hunden der Kategorie 1 oder 2 lt. Art. 211-1 Landwirtschaftsgesetz Code Rural, von Wildtieren,**
- **alle finanziellen Folgen der *Haftpflicht* des *Versicherten* als Arbeitgeber aufgrund eines Arbeits*unfalles* oder einer Berufskrankheit eines seiner Beschäftigten in Ausübung von dessen Funktion,**
- ***Schäden* aufgrund der sozialen Verantwortung des *Versicherten* gegenüber seinen Mitarbeitern oder ehemaligen Mitarbeitern, seinen Bewerbern, ihren Anspruchsberechtigten und den Sozialpartnern.**
- **von direkten oder indirekten Auswirkungen von Atomkernstrukturänderungen, klimatischen Ereignissen wie Unwetter oder Orkan, Erdbeben, Überschwemmung, Springflut u. a. Naturgewalten, außer im Rahmen von Entschädigung bei Naturkatastrophen,**

8.4 AUSSCHLÜSSE AUS DER STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG

s. Punkt 8.6.

8.5 AUSSCHLÜSSE AUS DER KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit greift nur bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder *Unfall*. Da Mutterschaft keine Krankheit ist, werden im Rahmen dieser Versicherung während der Schwangerschaft nur solche Arbeitsunterbrechungen berücksichtigt, die pathologisch begründet sind (d. h. medizinisch gerechtfertigt). Da Mutter- bzw. Vaterschaftsurlaub keine Arbeitsunterbrechung wegen Krankheit ist, ist dieser von der Versicherung ausgeschlossen.
Die unter folgendem Punkt 8.6 genannten *Ausschlüsse* gelten ebenfalls für die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit.

8.6 AUSSCHLÜSSE, DIE ALLE VERSICHERUNGEN BETREFFEN

Neben den *Ausschlüssen*, die jede Versicherung gesondert betreffen, sind die Folgen und Konsequenzen nicht versichert:

- **von vorsätzlichen Handlungen des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* und/oder von Verstößen gegen die Gesetze des Landes, in dem sich der *Versicherte* aufhält,**
- **von Bürgerkrieg, Krieg mit einer ausländischen Macht, Aufständen, Aufruhr, Streiks, Piraterie und Sabotage, absichtlicher Teilnahme an Raufereien, Volksaufstand, terroristischen Handlungen, unabhängig vom Ort, an dem die Ereignisse stattfinden und unabhängig von deren Protagonisten (außer im Fall der Selbstverteidigung),**
- **der vorsätzlichen Teilnahme des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* an terroristischen Handlungen, unabhängig vom Ort, an dem die Ereignisse stattfinden,**
- **von Selbstmord oder versuchtem Selbstmord im ersten *Versicherungsjahr*,**
- **des Gebrauches von Drogen und Betäubungsmitteln außerhalb einer medizinischen Verschreibung,**
- **von Vorhandensein von Alkohol im Blut oder Trunkenheit des *Versicherten* (Blutalkoholspiegel über dem im Straßenverkehrsgesetz, das am Tag des *Schadensfalles* im Land des Eintretens gilt, festgelegten Pegel),**
- **von Verkehrsunfällen mit Zweirädern, wenn der *Versicherte* keinen Helm trug,**
- **von direkten oder indirekten Auswirkungen von Atomkernstrukturänderungen, klimatischen Ereignissen wie Unwetter oder Orkan, Erdbeben, Überschwemmung, Springflut u. a. Naturgewalten, außer im Rahmen von Entschädigung bei Naturkatastrophen,**
- **von *Unfällen* oder *Vorerkrankungen*, die vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages bestanden, bei denen es zu Rückfällen kommen kann oder die nicht konsolidiert waren, angeborenen Krankheiten oder Missbildungen, die bei Versicherungsaufnahme nicht angezeigt wurden.**
- **eines durch den medizinischen Leistungserbringer verursachten Fehlers oder aufgrund des Versäumnisses des Leistungserbringers, bewährte medizinische Verfahren anzuwenden;**
- **der Ausübung jeglicher Berufstätigkeit auf einer Ölbohrplattform**

<u>Besondere Bedingungen für die Übernahme von Leistungen bei Sport und sportlicher Betätigung</u>

Profisportler sowie Studenten im Rahmen eines Sport-Studienprogrammes, inkl. an Ballett-, Tanz- und Zirkusschulen, sind durch diesen Vertrag nur im Rahmen ihres Privatlebens versichert. Nicht versichert sind ebenfalls alle Folgen und Auswirkungen:

- **von Sportarten, die gefährliche Merkmale aufweisen, wie z. B. das Fliegen mit Ultraleichtflugzeugen, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, das Lenken eines Kraftfahrzeuges, Motorrads oder Karts, Fallschirmspringen, Bergsteigen, Klettern (künstliche Kletterwände ausgenommen), Wandern/Trecking mit Seil/Pickel/Steigeisen, Climbing, Tauchen (außer ohne Atemgerät bis 50 Meter), Höhlenkunde, Skeleton, Skispringen, Bobfahren, Bungee Jumping, Rafting, Canyoning, Kitesurfen, Ballonfahren, Jetski, Free-Running, Parkour, Eishockey, Speedriding, Basejump, Skysurfing, freier Fall; die folgenden Sportarten, wenn sie außerhalb der Pisten praktiziert werden: Skifahren, Skilanglauf, Schlittenfahren, Snowboarding,**
- **im Ergebnis der Teilnahme des *Versicherten* an Wagnissen aller Art (Sportwettkämpfe ausgenommen), Raufereien (außer im Fall der Selbstverteidigung) oder an Straftaten und Verbrechen im Sinne des geltenden Strafrechts,**
- **im Ergebnis der Nutzung eines beliebigen Gerätes zur Fortbewegung in den Lüften als Pilot oder im Ergebnis der Ausübung aller Flugsportarten als Pilot oder Passagier, vor allem Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen oder Fliegen mit einem Ultraleichtflugzeug,**
- **der Teilnahme an Wettkämpfen und Trainings, der berufsmäßigen Ausübung von Sport im Rahmen eines Clubs oder Vereins,**
- **von Sportarten, für die der Einsatz von boden-, wasser- oder luftgebundenen Fortbewegungsmitteln notwendig ist,**
- **der Jagd,**
- **von Luftverkehrsunfällen, außer wenn der *Versicherte* ein einfacher Passagier war und sich an Bord eines Fluggerätes befand, für das der Eigentümer und der Pilot alle Genehmigungen und Lizenzen hatten,**
- **des Segelsports und der Hochseeschifffahrt aus privatem oder beruflichem Grund (über 200 Seemeilen).**

Vorbehaltlich der Anwendung der Art. L.113-8 und L.113-9 des französischen Versicherungsgesetzes sind die Folgen von Behinderungen oder *Vorerkrankungen*, die vor dem Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages bestanden, versichert, sofern diese auf dem Aufnahmeantrag angegeben und dem *Versicherten* gegenüber nicht gesondert per Brief ausgeschlossen wurden, was vom *Versicherten* genehmigt wurde.

9. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

9.1 WER VERSICHERT IHREN VERTRAG?

Von der Association des Assurés APRIL (Verein gemäß französischem Gesetz von 1901, 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, FRANKREICH, dessen Aufgabe darin besteht, Versicherungsverträge aller Art zugunsten seiner *Versicherungsnehmer* zu erarbeiten, abzuschließen und zu fördern, deren internationale Solidarität untereinander zu stärken, ihnen adäquate Mittel zur Information und Verwaltung bereitzustellen und ihre Vertretung gegenüber jeder Versicherungsgesellschaft zu gewährleisten, und dessen Satzung am Ende dieses Dokumentes verfügbar ist), wurden vereinbart:

für die Krankenversicherung, Sterbe- und Pflegekapitalversicherung sowie die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit:
Gruppenversicherungsvereinbarungen mit Beitrittswahlrecht mit Groupama Gan Vie (Krankenversicherungsvereinbarungen 219/643791/00010, 219/643791/00020, 219/643791/55510, 329/643792/00010, 329/643792/00020 und 329/643792/55510 und Vorsorgevereinbarungen 9001/643793/00010, 9001/643793/00020 und 9001/643793/55510), Aktiengesellschaft mit einem Kapital von 413.036.043 € (vollständig eingezahlt), eingetragen im Handelsregister Paris unter der Nummer 340 427 616 (Code APE: 6511Z), geschäftsansässig 8-10, Rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANKREICH,

für die Assistance- und Privat*haftpflicht*versicherung:
Gruppenversicherungsvereinbarungen mit Beitrittswahlrecht mit Chubb European Group SE (Vereinbarungen FRBOTA21226, FRBOTA21227, FRBOTA21228 und FRBOTA21229), Versicherungsgesellschaft mit einem Kapital von 896.176.662 Euro, das dem frz. Versicherungsrecht unterliegt. Firmensitz: La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANKREICH, eingetragen im Handelsregister von Nanterre unter der Nummer 450 327 374. (Code APE: 660E).

Verienbarungen mit Chubb: Einhaltung der Wirtschafts- und Handelssanktionen:
Wenn die Versicherungsleistung oder die Auszahlung der Entschädigung oder des Schadenfalles, die durch diesen Vertrag vorgesehen sind, die Resolutionen der Vereinten Nationen, die Gesetze oder die wirtschaflichen und handelsrechlichen Regelungen der Europäischen Union, Großbritanniens, einer nationalen Gesetzgebung oder der Vereinigten Staaten von Amerika verletzt, ist eine derartige Versicherungsleistung oder Auszahlung einer Entschädigung oder eines Schadenfalles null und nichtig.

9.2 GESETZLICHER RAHMEN:

Die mit der Überwachung der Versicherungen beauftragten Behörden sind:

- für die Kranken-, Sterbe/Pflegekapital-, Krankentagegeld- und Rechtsschutzversicherung: die frz. Versicherungsaufsicht Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), geschäftsansässig 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09, FRANKREICH,
- für die Assistance- und Privat*haftpflicht*versicherung: die frz. Versicherungsaufsicht Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), geschäftsansässig 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09, FRANKREICH.

APRIL International Care France unterliegt der Versicherungsaufsicht Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), geschäftsansässig 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09, FRANKREICH.
Der Abschluss des Vertrages MyHealth International umfasst den Aufnahmeantrag, diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die *Versicherungsbescheinigung*. Er unterliegt französischem Recht und vor allem dem französischen Versicherungsrecht.
Der Versicherungsschutz und die Höhe der Leistungen aus diesem Vertrag werden automatisch an die gesetzlichen und verordnungsrechtlichen Entwicklungen angepasst, denen Verträge französischen Rechts unterlieg.

9.3 VERJÄHRUNG:

Klagen im Zusammenhang mit diesem Vertragsabschluss sind nach zwei (2) Jahren ab dem verursachenden Ereignis unzulässig, wobei diese Frist für die Leistung Sterbekapital (10) Jahre beträgt, gemäß den Art. L 114-1 ff. des Versicherungsgesetzes Code des assurances, die bestimmen:
Art. L 114-1 „Klagen im Zusammenhang mit einem Versicherungsvertrag verjähren zwei Jahre ab dem verursachenden Ereignis. Diese Frist beginnt jedoch:
1. bei Auslassung, Verschweigen oder falscher oder ungenauer Erklärung im Hinblick auf das versicherte Risiko erst an dem Tag, an dem der Versicherer davon Kenntnis erlangt,
2. bei einem *Schadensfall* erst an dem Tag, an dem die Betroffenen davon Kenntnis hatten, wenn sie beweisen, dass sie dies bis dahin nicht wussten.
Wenn die Klage des *Versicherten* gegen den Versicherer aufgrund von Rechtsmitteln eines Dritten erfolgt, beginnt die Verjährungsfrist erst an dem Tag, an dem dieser Dritte den *Versicherten* verklagt hat oder von ihm entschädigt wurde.
Die Verjährung verlängert sich bei Lebensversicherungsverträgen auf zehn Jahre, wenn der Begünstigte nicht der *Versicherungsnehmer* ist, und bei Versicherungsverträgen, die das *Unfall*risiko von Personen versichern, wenn die Begünstigten die Anspruchsberechtigten des verstorbenen *Versicherten* sind. Bei Lebensversicherungsverträgen verjähren ungeachtet der Bestimmungen von Pkt. 2 die Maßnahmen des Begünstigten spätestens 30 Jahre ab dem Tod des *Versicherten*."
Art. L 114-2 „Die Verjährung wird durch einen der Gründe unterbrochen, die üblicherweise eine Verjährung unterbrechen, und durch die Beauftragung eines Sachverständigen nach einem *Schadensfall*. Die Unterbrechung der Verjährung der Klage kann ferner durch Versand eines Einschreibens oder durch eine elektronische Einschreibesendung mit Rückschein des Versicherers an den *Versicherten* bezüglich der Bezahlung der *Beiträge* und des *Versicherten* an den Versicherer bezüglich der Zahlung der Entschädigung erfolgen."
Art. L 114-3 „In Abweichung von Art. 2254 [frz.] BGB können die Vertragsparteien weder die Dauer der Verjährung ändern, noch Aussetzungs- oder Unterbrechungsklauseln derselben hinzufügen, auch nicht im gegenseitigen Einverständnis."
Die üblichen Klauseln, die die Verjährung unterbrechen, lt. [frz.] BGB sind:
- die Anerkennung durch den Schuldner des Rechtes dessen, gegen den sich sein Verjährungsbegehren richtete (Art. 2240 [frz.] BGB),
- der Klageantrag (Art. 2241 bis 2243 [frz.] BGB),
- eine lt. Zivilvollstreckungsrecht oder einer Zwangsvollstreckungsurkunde (Art. 2244 [frz.] BGB) durchgeführte Sicherungsmaßnahme,
- die Intervention einer der Solidarschuldner durch Klageantrag oder durch Zwangsvollstreckungsurkunde oder Anerkennung durch den Schuldner des Rechtes dessen, gegen den sich sein Verjährungsbegehren richtete (Art. 2245 [frz.] BGB),
- die Intervention des Hauptschuldners oder dessen Anerkennung bei Verjährungsfällen, die sich auf Bürgschaften beziehen (Art. 2246 [frz.] BGB).

9.4 FORDERUNGSÜBERGANG:

Es wird festgelegt, dass die Versicherer nicht auf die Rechte und Handlungen verzichtet, die sie lt. Art. L.121-12 des französischen Versicherungsgesetzes in Bezug auf Regress hat, den sie gegenüber dem haftenden Dritten ausüben kann. Wenn *Sie* in einen Straßenverkehrs*unfall* verwickelt sind (unter Beteiligung eines Kraftfahrzeuges), müssen *Sie* der Versicherung des *Unfall*verursachers, der das verlangt, bei Strafe der Verwirkung den Namen des Versicherers nennen, die die Heilbehandlungskosten als Drittzahler versichert.

9.5 KONTROLLE

Die Versicherung behält sich das Recht vor, von Ihnen die Vorlage von Nachweisen zu verlangen, die zur exakten Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind, vor allem durch Übermittlung von ärztlichen Attesten, OP-Berichten und/oder Gegengutachten des Arztes der Versicherung.

9.6 BESCHWERDE – MEDIATION

Wir legen höchsten Wert auf Servicequalität. Sollten *Sie* jedoch trotzdem einmal eine Beschwerde haben, die sich auf die von unserer Gesellschaft erbrachten Leistungen bezieht, können *Sie* sich an Ihren üblichen Ansprechpartner wenden. Wenn *Sie* die gegebene Antwort nicht zufriedenstellt, können *Sie* sich an unseren Kundendienst wenden, den *Sie* wie folgt erreichen:
Schriftlich an unsere Adresse: APRIL International Care France - Postabteilung - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan – FRANKREICH
In unseren Büros: APRIL International Care France - 14, rue Gerty Archimède - 75012 PARIS
E-Mail: complain.expat@april-international.com
Zu Ihrer Information teilen *wir* Ihnen mit, dass uns unsere Versicherungspartner Groupama Gan Vie (8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANKREICH) und Chubb European Group SE, (La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANKREICH) mit der Bearbeitung von Beschwerden beauftragt haben.
Wir werden alles unternehmen, um Ihnen innerhalb von höchstens 48 Arbeitsstunden zu antworten, und *wir* verpflichten uns, *Sie* über den Bearbeitungsfortschritt Ihrer Beschwerde innerhalb derselben Frist auf dem Laufenden zu halten, wenn sich diese aus Gründen, die außerhalb unseres Einflussbereichs liegen, verlängert.
Wenn die Meinungsverschiedenheiten bestehen bleiben und keine einvernehmlich Lösung gefunden wird, können *Sie* unbeschadet der anderen gesetzlichen Rechtsmittelwege, die Ihnen zur Verfügung stehen, den Mediator - „La Médiation de l'Assurance" - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANCE anrufen.
Wenn die Aufnahme in diesen Vertrag aus der Ferne über das Internet erfolgte, können *Sie* ebenfalls den zuständigen Mediator anrufen, indem *Sie* sich auf der Online-Streitbeilegungsplattform der Europäischen Kommission unter der folgenden Adresse beschweren: http://ec.europa.eu/consumers/odr/.

Wir informieren *Sie*, dass die Daten, die für die Bearbeitung Ihrer Beschwerde gesammelt werden, von unserer Gesellschaft zum Zweck der Bearbeitung von Beschwerden EDV-mäßig verarbeitet werden und dazu nur an den Versicherer, seine Rückversicherer und an die APRIL-Holding sowie unsere Partner zwecks Bearbeitung Ihrer Leistungsansprüche weitergeleitet werden. Die erhobenen Informationen sind für die Registrierung, Verwaltung und Durchführung der Aufnahme durch APRIL International Care France, die Versicherungen bzw. deren Bevollmächtigte obligatorisch. *Sie* verfügen über ein Recht auf Mitteilung, Berichtigung, Einspruch und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten (s. Pkt. 10.7).

9.7 FRANZÖSISCHES DATENSCHUTZGESETZ INFORMATIQUE ET LIBERTÉS:

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung werden *wir* dazu veranlasst, personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben. Informationen über die Verarbeitung dieser Daten und darüber, wie *Sie* Ihre Rechte über diese Daten ausüben können, finden *Sie* in unserem Informationsblatt - Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (Datenschutzerklärung), das Ihnen ausgehändigt wurde. Dieses Dokument finden *Sie* ebenfalls bei unseren Beratern und auf unserer Webseite www.april-international.com.

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

WIDERRUF

Artikel L.112-9 und Artikel L132-5-1 des französischen Versicherungsgesetzes

Artikel L.112-9: „Jede natürliche Person, die an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz Gegenstand eines Haustürgeschäftes ist oder bei Fernabsatz per Telefon oder per Internet, selbst auf ihre Bitte, ein Versicherungsangebot oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer Geschäfts- oder Berufstätigkeit fällt, kann den Vertrag per Einschreiben mit Rückschein innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses ohne Begründung und straffrei widerrufen."

Artikel L.132-5-1: „Jede natürliche Person, die ein Angebot oder einen Vertrag für eine Lebens- oder Kapitalisationsversicherung unterzeichnet hat das Recht durch Versand eines Einschreibens oder durch eine elektronische Einschreibesendung mit Rückschein während der Frist von 30 Kalendertagen ab dem Zeitpunkt, an dem ihr bestätigt wurde, dass der Vertrag abgeschlossen wurde, diesen widerrufen. Diese Frist endet am letzten Tag um Mitternacht. Wenn diese Frist an einem Samstag, einem Sonntag, einem Feiertag oder einem arbeitsfreien Tag abläuft, wird sie nicht verlängert.
Der Widerruf hat zur Folge die Rückerstattung durch das Versicherungs- oder das Kapitalisationsunternehmen der Gesamtsumme der gezahlten Beträge des Vertragsnehmers innerhalb einer Frist von 30 Kalendertagen nach Eingang des Einschreibens oder der Versendung der elektronischen Einschreibesendung mit Rückschein. Nach Ablauf dieser Frist, die nicht erstatteten Beträge erzeugen Zinsen mit dem gesetzlichen Zinssatz, zuzüglich der Hälfte, während zwei Monate, und anschließend, nach Ablauf dieser Frist von zwei Monaten mit dem doppelten gesetzlichen Zinssatz."

Bedingungen: Wenn *Sie* Ihren Antrag widerrufen wollen, füllen *Sie* dieses abtrennbare Formular aus und schicken *Sie* es unterschrieben per einfache Post an die obige Adresse. Versenden *Sie* es spätestens innerhalb einer Frist von 14 Tagen (oder einer Frist von 30 Tagen für die Sterbe- und Pflegekapitalversicherung) ab dem Tag nach dem Datum, an dem *Sie* auf dem Aufnahmeantrag Unterschrift geleistet haben bzw., wenn diese Frist normal an einem Samstag, einem Sonntag oder Feiertag oder einem arbeitsfreien Tag endet, am ersten folgenden Werktag.

Ich, der/die Unterzeichner/in, erkläre, den nachfolgend genannten Aufnahmeantrag zu widerrufen:

Name des Vertrages: **MyHealth International Ref. MHI Cov 20**

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages:……..

Name des *Versicherungsnehmers*:……
Vorname des *Versicherungsnehmers*:……..
Anschrift des *Versicherungsnehmers*:……...
Postleitzahl: …… Stadt:……
Land:……
Telefonnummer:……
Name des Versicherungsberaters: ……
Anschrift des Versicherungsberaters:……
Postleitzahl: …… Stadt:……
Land:……
Telefonnummer:……

Datum und Unterschrift des *Versicherungsnehmers*:

Nur von APRIL International Care France auszufüllen: Kundennummer C_ _ _ _ _ _ _ _

Alle Marken, Logos, Grafiken und Verkaufsargumente von APRIL International Care France in diesem Dokument wurden hinterlegt und sind Eigentum von APRIL International Care France.
Jede Vervielfältigung, ob teilweise oder vollständig, dieser Elemente und Texte jeder Art ist verboten und wird gerichtlich verfolgt. Januar 2019.

Firmensitz:

14 rue Gertry Archimède – 75012 Paris - FRANKREICH
Tel.: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90
E-Mail: info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. (frz. Vereinfachte Aktiengesellschaft) mit einem Kapital von 200.000 € - Handelsregister Paris 309 707 727 Versicherungsvermittler - Eingetragen im ORIAS-Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) (Aufsichts- und Kontrollbehörde) – 4 place de Budapest –75436 Paris Cedex 09 - FRANKREICH NAF6622Z – USt.-Identifikationsnummer FR6030970772

Insurance made easy.

ANLAGE

LEISTUNGSÜBERSICHT

Insurance made easy.

LEISTUNGSÜBERSICHT HEILBEHANDLUNGSKOSTEN

Einige wichtige Informationen vorab:

Heilbehandlungskosten werden im Rahmen der tatsächlichen Kosten und der Kosten, die in dem Land in dem sie angefallen sind, als vernünftig und üblich gelten, übernommen. Alle Behandlungen über 2.000 €/$ müssen vorher genehmigt werden.

WICHTIG

In Die Leistungen stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung übernehmen ebenfalls die ambulanten Heilbehandlungen (einschließlich Zahnbehandlungen und Prothesen (ausgenommen Zahnersatz und -implantate) bei **Unfall und bei Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, bis zu 75 €/$ pro Behandlung und 1500 €/$ pro Jahr und pro Versicherten.**

** Für jede stationäre Heilbehandlung (außer in einer Tagesklinik) ist zunächst eine vorherige Genehmigung einzuholen. Bei Nichteinhaltung dieser Formalität vor dem Krankenhausaufenthalt wird Ihnen ein Selbstbehalt in Höhe **von 20 % in Rechnung** gestellt.*
*** Gültig für alle Vertragsabschlüsse ab dem 28/04/2020.*
**** Leistungen, für die eine vorherige Genehmigung einzuholen ist.*
***** Keine Wartezeit, wenn Sie vorher einen gleichwertigen oder höheren Versicherungsschutz hatten, der vor weniger als einem Monat gekündigt wurde, bei Vorlage einer Leistungsübersicht sowie der entsprechenden Löschungsbescheinigung.*

TARIFE	EMERGENCY	BASIC	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Höchstbetrag der Erstattungen der Heilbehandlungskosten pro Versicherungsjahr und Versicherten	250.000 €/$	500.000 €/$	1 000.000 €/$	1 500.000 €/$	unbegrenzt
STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG* (ohne ambulante Behandlungen, Mutterschaft und Sehhilfen/Zahnmedizin) **Wartezeit von 4 Wochen** für alle stationären Heilbehandlungen, die in den Vereinigten Staaten, Bahamas, Puerto Rico und in Mexiko im Zusammenhang mit COVID-19 durchgeführt werden**					
Stationäre Heilbehandlung bei medizinischer, chirurgischer Behandlungen oder Tagesklinik: Transport im Krankenwagen (wenn die stationären Heilbehandlungskosten durch APRIL International übernommen werden) Aufenthaltskosten, Honorare für medizinische und chirurgische Leistungen, Untersuchungen, Laboranalysen, Arzneimittel, Medizinische Leistungen	100 % nur bei Unfall oder Notfall	100%	100%	100%	100%
Krankenzimmer	Zweibettzimmer	Zweibettzimmer	Standard-Einzelzimmer, bis zu 75€/$ pro Tag	Standard-Einzelzimmer (inkl. Kosten für TV und Internet)	Standard-Einzelzimmer (inkl. Kosten für TV und Internet)

Hochauflösende medizinische Abbildungsverfahren (MRT, CT) im Rahmen einer stationären Heilbehandlung	bis 4.000 €/$ pro Jahr	100%	100%	100%	100%
Externe Arztbesuche, Behandlungen, Laboranalysen und medizinische Leistungen, die mit einer stationären Heilbehandlung oder einer ambulanten Chirurgie verbunden sind (30 Tage vor und nach der stationären Heilbehandlung und bei Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses)	100 % nur nach einer stationären Heilbehandlung, dessen Kosten durch APRIL International übernommen wurden	100%	100%	100%	100%
Stationäre Heilbehandlung am Wohnsitz	keine Kostenübernahme	100%	100%	100%	100%
Elternbett bei stationärer Heilbehandlung des Kindes *(Kinder unter 18 Jahren)*	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	100%	100%
Stationäre Heilbehandlung psychischer oder nervöser Störungen	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	bis zu 8.000 €/$ pro Jahr, max. 15 Tage pro Jahr	bis zu 30 Tage pro Jahr
Rehabilitation direkt nach einer stationären Heilbehandlung, dessen Kosten durch APRIL International übernommen wurden	bis zu 20 Tage	bis zu 20 Tage	bis zu 20 Tage	bis zu 30 Tage	bis zu 60 Tage
Zahnärztliche plastische Chirurgie nach einem Unfall	100%	100%	100%	100%	100%

Krebsbehandlung (Stationäre Heilbehandlung, Chemotherapie, Strahlentherapie, Onkologie, Diagnosetests und Arzneimittel als Patient in einem Krankenhaus, in einer Tagesklinik oder ambulant)	keine Kostenübernahme	100%	100%	100%	100%
Organtransplantation	100%	100%	100%	100%	100%
Dialyse	keine Kostenübernahme	100%	100%	100%	100%
Palliativ-Behandlungszentren und Palliativbehandlung	Bis zu 10.000 €/$	Bis zu 25.000 €/$	bis zu 50.000 €/$	100%	100%
Hilfsmittel und implantierte Prothesen im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes	Bis zu 1.000 € pro Aufenthalt im Krankenhaus	100%	100%	100%	100%
BASIS-ASSISTANCE-LEISTUNGEN					
Rücktransport zwecks Behandlung oder Krankentransport in das am besten geeignete Krankenhaus oder in das Land der Staatsangehörigkeit	100%	100%	100%	100%	100%
Rücktransport der anderen Begünstigten bei Rückführung des Versicherten aus gesundheitlichen Gründen	einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Begleitung der Kinder	Flugticket für den Hin- und Rückflug Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	Flugticket für den Hin- und Rückflug Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	Flugticket für den Hin- und Rückflug Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	Flugticket für den Hin- und Rückflug Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	Flugticket für den Hin- und Rückflug Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse

AMBULANTE BEHANDLUNG (optional)

Wartezeit von 4 Wochen für alle ambulanten Heilbehandlungen, die in den Vereinigten Staaten, Bahamas Puerto Rico und in Mexiko im Zusammenhang mit COVID-19 durchgeführt werden**

TARIFE	EMERGENCY	BASIC	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
AMBULANTE HEILBEHANDLUNG (Außer Mutterschaft, Reproduktionsmedizin und Zahnarzt)					
Arztbesuche bei Allgemeinmedizinern und Fachärzten, inkl. Im Fall einer chronischen Erkrankung	keine Kostenübernahme	100%ige Kostenübernahme für 2 Arztbesuche pro Jahr. Ab dem 3. Arztbesuch, Übernahme von bis zu 80 €/$ pro Arztbesuch	100%ige Kostenübernahme für 5 Arztbesuche pro Jahr. Ab dem 6. Arztbesuch, Übernahme von bis zu 100 €/$ pro Arztbesuch	100%ige Kostenübernahme für 10 Arztbesuche pro Jahr. Ab dem 11. Arztbesuch, Übernahme von bis zu 200 €/$ pro Arztbesuch	100%
Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	bis zu 5 Sitzungen pro Jahr, max. 200 €/$ pro Sitzung	bis zu 20 Sitzungen pro Jahr, max. 200 €/$ pro Sitzung
Sprachtherapie, Orthoptie, medizinische Fußpflege, Logopädie	keine Kostenübernahme	bis zu 10 Sitzugen pro Jahr	bis zu 15 Sitzungen pro Jahr	100%	100%
Physiotherapie, Osteopathie, Chiropraktik, Leistungen von Pflegepersonal, Ergotherapie, Psychomotorik	keine Kostenübernahme	bis zu 1.000 €/$ pro Jahr	bis zu 2.000 €/$ pro Jahr	bis zu 4.000 €/$ pro Jahr	100%
Homöopathie, Etiopathie, Akupunktur, Phytotherapie und Traditionelle Chinesische Medizin	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	bis zu 500 €/$ pro Jahr	bis zu 1.000 €/$ pro Jahr	bis zu 2.000 €/$ pro Jahr

Arzneimittel, die im Fall einer stationären Heilbehandlung für eine Verwendung zu Hause oder bei chronischen Erkrankungen verordnet werden	keine Kostenübernahme	100%	100%	100%	100%
Ambulant verordnete Arzneimittel (inkl. Kontrazeption, Homöopathie, Phytotherapie, Impfungen und Malariavorsorge)	keine Kostenübernahme	bis zu 2.500 €/$	100%	100%	100%
Laboranalysen, Strahlendiagnostik und Sonstige Apparatemedizin außerhalb eines Krankenhauses	keine Kostenübernahme	100%	100%	100%	100%
Hochauflösende medizinische Abbildungsverfahren (MRT, CT) im Rahmen einer ambulanten Behandlung	keine Kostenübernahme	bis zu 2.000 €/$ pro Jahr	bis zu 4.000 €/$ pro Jahr	bis zu 8.000 €/$ pro Jahr	100%
Hilfsmittel und externe Prothesen, inkl. Hörgeräte (außer Zahnersatz)	keine Kostenübernahme	bis zu 1.000 €/$ pro Jahr	bis zu 2.000 €/$ pro Jahr	bis zu 3.500 €/$ pro Jahr	bis zu 5.000 €/$ pro Jahr
VORSORGE					
Screenings (Krebs, Hepatitis B, HIV-Test ...)	keine Kostenübernahme	100%	100%	100%	100%
Pauschale für Selbstmedikation (rezeptfreie Arzneimittel und Raucherentwöhnung)	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	bis zu 150 €/$ pro Jahr	bis zu 300 €/$ pro Jahr
Allgemeiner Gesundheitscheck und Hörtest (ein Check alle zwei Jahre)	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	bis zu 200 €/$	bis zu 800 €/$	bis zu 2.000 €/$
Ernährungsberatung	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	Bis zu 5 Sitzungen pro Jahr

SCHWANGERSCHAFT (optional)
Wartezeit 10 Monate***

> Wenn Sie Sie sich für den ESSENTIAL Tarif entscheiden, ist der Versicherungsbaustein „Schwangerschaft“ für die Tarifzonen 3, 4 und 5 verfügbar. Weitere Informationen zu der Länder- und Zonenaufteilung finden Sie unter Abschnitt 2.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

TARIFE	EMERGENCY	BASIC	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Entbindungskosten: Krankenhausaufenthalt, Einzelzimmer, Aufenthaltskosten, Honorare für medizinische und chirurgische Leistungen	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	Bis zu 3.000 €/$ pro Schwangerschaft (bis zu 6.000 €/$ pro Schwangerschaft bei Entbindung durch Kaiserschnitt) Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung, sowie die Behandlung des Neugeborenen werden vollständig übernommen.	Bis zu 6.000 €/$ pro Schwangerschaft (bis zu 12.000 €/$ pro Schwangerschaft bei Entbindung durch Kaiserschnitt) Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung, sowie die Behandlung des Neugeborenen werden vollständig übernommen.	bis zu 12.000 €/$ pro Schwangerschaft (bis zu 20.000 €/$ pro Schwangerschaft bei Entbindung durch Kaiserschnitt) Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung, sowie die Behandlung des Neugeborenen werden vollständig übernommen.
Entbindung am Wohnsitz	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme			
Ärztliche Beratung, Arzneimittel, prä- und postnatale Versorgung	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme			
Kurse zur Geburtsvorbereitung (nur, wenn sie von einem Arzt oder einer Hebamme verordnet werden)	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme			
Diagnose von Chromosomenanomalien	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme			
Neugeborenenscreening	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme			
MEDIZINISCH UNTERSTÜTZTE FORTPFLANZUNG Wartezeit 12 Monate					
Arzneimittel, In-vitro-Fertilisation, Laboranalysen und Verlaufs- und Nachkontrolle	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	bis zu 1.500 €/$ je Versuch	bis zu 2.500 €/$ je Versuch

SEHHILFEN – ZAHNMEDIZIN (optional)					
TARIFE	**EMERGENCY**	**BASIC**	**ESSENTIAL**	**COMFORT**	**PREMIUM**
ZAHNMEDIZIN **Wartezeit von 3 Monaten**** für Zahnbehandlungen, Parodontologie und Endodontie und von 6 Monaten**** für Zahnrekonstruktionsbehandlungen und Kieferorthopädie**					
Höchstbetrag pro Jahr	**keine Kostenübernahme**	**500 €/$**	**1 000 €/$**	**1. und 2. Jahr: 2.000 €/$ ab dem 3. Jahr: 3.000 € pro Jahr**	**1. und 2. Jahr: 4.000 €/$ ab dem 3. Jahr: 5.000 € pro Jahr**
Behandlung für Zahnvorsorge (Zahnkontrolle, Strahlendiagnostik, Zahnsteinentfernung und Politur, Zahnschutz)	keine Kostenübernahme	100%	100%	100%	100%
Routinezahnbehandlung (Extraktionen, Kariesbehandlung, Parodontologie, Endodontie…)	keine Kostenübernahme	100%	100%	100%	100%
Wiederherstellende Zahnbehandlung (Ersatz, Kronen und Implantate)	keine Kostenübernahme	100%	100%	100%	100%
Kieferorthopädie bis 18 Jahre (Behandlungsbeginn vor dem 16. Lebensjahr)	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	bis zu 1.000 €/$ pro Jahr, max. 3 Jahre	bis zu 1.500 €/$ pro Jahr, max. 3 Jahre
SEHHILFEN **Wartezeit 6 Monate****					
Laserbehandlung zur Korrektur von Fehlsichtigkeit (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Astigmatismus, Keratokonus)	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	keine Kostenübernahme	bis zu 500 €/$	bis zu 700 €/$
Brillenfassung und Gläser (max. 1 Paar alle 2 Jahre)	keine Kostenübernahme	bis zu 150 €/$ pro Jahr	bis zu 250 €/$		
Kontaktlinsen	keine Kostenübernahme		bis zu 200 €/$ pro Jahr	bis zu 300 €/$ pro Jahr	bis zu 400 €/$ pro Jahr

LEISTUNGSTABELLE FÜR UMFASSENDE ASSISTANCE-LEISTUNGEN UND PRIVATE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

UMFASSENDE ASSISTANCE-VERSICHERUNG	
ART DER LEISTUNGEN	**DECKUNGSHÖHE**
Bei Unfall oder Krankheit:	
Such- und Rettungskosten	bis 5.000 €/$ je Person und 15.000 €/$ je Ereignis
Rückreise des Versicherten nach Stabilisierung des Gesundheitszustands in das bei Versicherungsabschluss ausgewählte Zielland	einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Anwesenheit eines Familienmitgliedes bei einen Krankenhausaufenthalt über 6 Tage des Versicherten, sofern dieser alleine vor Ort ist	Flugticket für den Hin- und Rückflug in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse und 80€/$ pro Übernachtung für 10 Nächte
Ermittlung und Versand von Medikamenten, die vor Ort nicht zur Verfügung stehen	100 %
Beaufsichtigung unterhaltspflichtiger Kinder unter 18 Jahren	Erstattung bis 20 Std. pro Jahr, max. 500 €/$
Rückreise oder Beaufsichtigung des Haustieres bei Rückreise aller Familienmitglieder	bis 500 €/$ pro Jahr
Haushaltshilfe	Erstattung bis 10 Std., max. 250 €/$
Bei Ableben des Versicherten:	
Überführung der sterblichen Überreste	100 %
Übernahme des Transportsargs bei einer Rückführung des Leichnams auf dem Luftweg	bis 1.500 €/$
Anwesenheit eines Angehörigen bei einer Beisetzung vor Ort, wenn sich der verstorbene Versicherte alleine im Ausland befand	Flugticket für den Hin- und Rückflug in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse und 50€/$ pro Übernachtung für 4 Nächte
Rücktransport der anderen Begünstigen: der Familienmitglieder (Ehepartner und Kinder), die mit dem Versicherten zusammenlebten	einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Bei Attentat oder Naturkatastrophe:	
Rücktransport bei terroristischen oder Sabotageakten, Attentat oder Aggression	100 %
Evakuierung aus politischen Gründen oder aufgrund von Naturkatastrophen	einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Bei Verlust oder Diebstahl der Identitäts- oder Beförderungsunterlagen, des Gepäcks oder der persönlichen Gegensände:	

Verlust, Beschädigung oder Zerstörung des persönlichen Gepäcks	bis zu 1.000 €/$
Vorschuss von Geldmitteln im Ausland	bis zu 1.500 €/$
Vorschuss für den Erwerb eines neuen Reisetickets im Ausland	einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Überfall oder Entreißdiebstahl des Mobiltelefons, Smartphones oder Tablets	bis zu 500 €/$
Missbräuchliche Benutzung der SIM-Karte	100 %
Übermittlung dringender Nachrichten	100 %
Bei Reisezwischenfall	
Unmögliche Rückkehr	80 €/$ pro Nacht, max. 5 Nächte
Flugverspätung oder -ausfall	bis zu 300 €/$
Verpassen einer Flugverbindung	Bis zu 300 €/$
Erstattung bereits gezahlter Aufenthaltskosten im Fall einer Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes aufgrund eines Krankenrücktransportes	Anteilige Erstattung bis zu max. 5.000 €/$ der tatsächlichen Kosten und bis max. 250 € pro Tag
Bei Ableben oder Krankenhausaufenthalt eines Familienmitgliedes:	
Vorzeitige Rückreise bei Ableben eines Familienmitgliedes in das Land der Staatsbürgerschaft	Flugticket für den Hin- und Rückflug in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Vorzeitige Rückreise in das Land der Staatsbürgerschaft bei einem Krankenhausaufenthalt über 5 Tage eines Familienmitgliedes	Flugticket für den Hin- und Rückflug in der Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Bei einem unbeabsichtigten Verstoß gegen die Gesetze eines Landes:	
Anwaltskosten im Ausland	bis zu 1.500 €/$ je Ereignis
Vorschuss einer Kaution bei einem Strafverfahren im Ausland	bis zu 15.000 €/$ je Ereignis
Verständisschwierigkeiten einer Sprache :	
Übersetzung von rechtlich oder administrativ relevanten Dokumenten	bis zu 500 €/$ pro Jahr

PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

ART DER LEISTUNGEN	DECKUNGSHÖHE
Personen- und Sachschäden sowie immaterielle Folgeschäden	bis zu 7.500.000 €/$ pro Schadenfall und pro Versicherungsjahr
darunter für:	
Sachschäden und immaterielle Folgeschäden	bis zu 750.000 €/$ pro Schadenfall und pro Versicherungsjahr (Selbstbehalt von 150 €/$ pro Schadenfall)
Schäden (inkl. Feuer, Explosion oder Wasserschäden an Gebäuden, die vom Versicherten für die Organisation von Familienfeiern gemietet oder genutzt wurden)	bis zu 150.000 €/$ pro Schadenfall und pro Versicherungsjahr (Selbstbehalt von 150 €/$ pro Schadenfall)

ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL

ÉCOUTER • AGIR • SOUTENIR

114 bd Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03

SATZUNG

ASSOCIATION DES ASSURES APRIL

Aktualisierung vom 17. April 2018

INHALT

ABSCHNITT 1 – BILDUNG – GEGENSTAND – GESCHÄGFTSSITZ - DAUER ..... S. 2

ABSCHNITT II – MITGLIEDER UND AUFNAHMEBEDINGUNGEN ..... S. 3

ABSCHNITT III – HAFTUNG DER MITGLIEDER UND WIRKSAMKEIT GEGENÜBER DEN MITGLIEDERN ..... S. 4

ABSCHNITT IV – EINNAHMEN - AUSGABEN ..... S. 4

ABSCHNITT V – SOZIALE TÄTIGKEIT ..... S. 5

ABSCHNITT VI – VERWALTUNG UND ARBEITSWEISE ..... S. 5

Association des Assurés APRIL
Verein lt. Gesetz vom 1. Juli 1901 und Dekret vom 16. August 1901
Eingetragen bei der Präfektur Rhône unter der Nr. W691060414

ABSCHNITT 1 – BILDUNG – GEGENSTAND – SITZ - DAUER

Artikel 1. BILDUNG UND BEZEICHNUNG

Der Verein mit der Bezeichnung „Association des Assurés APRIL“ bzw. abgekürzt Association 3 A, wurde mit Privaturkunde, unterzeichnet in Lyon am 1. Januar 1984, lt. Gesetz von 1. Juli 1901 und Dekret vom 16. August 1901, gegründet.

Dieser Verein ist gemeinnützig.

Die außerordentliche Hauptversammlung der Association des Assurés APRIL stellte am 27. April 2018 die endgültige Durchführung der Verschmelzung und Übernahme der Association des Assurés d’APRIL INTERNATIONAL durch die Association des Assurés APRIL und die rechtmäßige Auflösung, ohne Liquidation, der Association des Assurés d’APRIL INTERNATIONAL fest.

Artikel 2. GEGENSTAND

Dieser Verein hat die Aufgabe:

- Versicherungs-, Assistance- und Serviceprodukte aller Art zu prüfen, zu ermitteln, zu unterzeichnen und zu entwickeln, vor allem auf dem Gebiet der Vorsorge, der Gesundheit und der Rente, um für seine Mitglieder den Abschluss von Zusatzversicherungen oder ab dem 1. Euro zu optimieren, welche im Bedarfsfall die gesetzlichen Pflichtversicherungen ergänzen, insbesondere durch die Unterzeichnung von Kollektiv-Versicherungsverträgen mit freiwilliger oder Pflichtmitgliedschaft,

- seine Mitglieder für die wichtigsten Themen der Vorbeugung zu sensibilisieren mit dem Ziel, ihnen zum einen zu ermöglichen, ihre Gesundheit zu pflegen und zum anderen von den Versicherungsgesellschaften Vorzugsbedingungen zu erhalten, welche das verantwortungsbewusste Gesundheitsverhalten seiner Mitglieder berücksichtigt,

- statistische Untersuchungen und Analysen über das alltägliche Verhalten seiner Mitglieder im Bereich der sozialen Absicherung durchzuführen,

- vorbeugende, unterstützende, begleitende und Hilfsmaßnahmen für die Versicherten im Rahmen eines Solidaritätsfonds durchzuführen.

Artikel 3. SITZ

Der Vereinssitz befindet sich in Lyon 3ème, 114 boulevard Marius Vivier Merle.

Er kann auf einfachen Beschluss des Verwaltungsrates verlagert werden, der zu diesem Zweck zu einer Satzungsänderung bevollmächtigt ist.

Artikel 4. DAUER

Der Verein wurde für eine unbeschränkte Dauer gegründet. Er endet jedoch bei freiwilliger, satzungsgemäßer oder gerichtlich angeordneter Auflösung.

ABSCHNITT II – MITGLIEDER UND AUFNAHMEBEDINGUNGEN

Artikel 5. ZUSAMMENSETZUNG

Der Verein setzt sich aus Mitgliedern zusammen, bei denen unterschieden wird zwischen:

- den Mitgliedern,

- den Mitgliedern, die einer selbständigen Tätigkeit nachgehen,

- den Kollektivmitgliedern, was Unternehmen, Einrichtungen oder sonstige juristische Personen sind, die eine vom Verein unterzeichnete Vereinbarung für ihre Mitarbeiter abgeschlossen haben.

Zur Aufnahme in den Verein als berechtigtes Mitglied ist es notwendig, eine Versicherung abgeschlossen zu haben, die in den Rahmen einer der vom Verein geschlossenen Vereinbarungen fällt, und seine Vereinsbeitragspflicht erfüllt haben.

Die Eigenschaft als Mitglied wird vorbehaltlich der Erteilung der Beitrittsgenehmigung zu der Versicherungsvereinbarung durch den Versicherer ab dem Datum des Eingangs des Beitrittsantrags und der Zahlung des Vereinsbeitrages erworben. Sollte diese Genehmigung verweigert werden, wird der Vereinsbeitrag spätestens dreißig Tage nach Mitteilung der Ablehnung durch den Versicherer erstattet.

Lt. Beschluss des Verwaltungsrates sind ebenfalls Mitglieder des Vereines, jedoch ohne Stimmrecht:

- die natürlichen oder juristischen Personen, die für den Verein gemeldete Serviceleistungen vollbringen oder vollbracht haben, als Ehrenmitglieder,

- die natürlichen oder juristischen Personen, die dem Verein gespendet oder ein Vermächtnis übertragen haben, als Fördermitglieder.

Artikel 6. VERLUST DER EIGENSCHAFT ALS MITGLIED

Die Mitgliedschaft endet:

- durch Tod, Verschollenheit oder Abwesenheit bei natürlichen Personen,

- durch Liquidation oder einvernehmliche oder gerichtlich angeordnete Auflösung bei juristischen Personen,

- durch Streichung, beschlossen durch den Verwaltungsrat wegen Verletzung dieser Satzung oder wenn ein schädigendes Verhalten für die finanziellen oder moralischen Interessen des Vereines festgestellt wurde,

- durch Verlust der Eigenschaft als Versicherter durch eine der vom Verein geschlossenen Vereinbarung (Kündigung, Streichung, Verzicht),

- durch Austritt, erklärt gegenüber dem Vorsitzenden am Geschäftssitz des Vereines durch Einschreiben mit Rückschein. Diesem Schreiben ist die Kopie des Schreibens, ausgestellt durch die Verwaltungsorganisation des/der Vertrages/Verträge, das ihre Kündigung bestätigt, beizufügen, wobei die Kündigungen unter Einhaltung der Bedingungen in der/n Informationsnotiz/en, die als Allgemeine Geschäftsbedingungen des/der Vertrages/Verträge gelten, zu erfolgen haben.

Der Beitragsanspruch des Vereines, der eventuell für das Jahr des Verlustes der Eigenschaft als Mitglied gültig war, verbleibt in allen Fällen bestehen.

ABSCHNITT III – HAFTUNG DER MITGLIEDER UND WIRKSAMKEIT GEGENÜBER DEN MITGLIEDERN

Artikel 7. HAFTUNG DER MITGLIEDER

Die Mitglieder der vom Verein geschlossenen Vereinbarungen haften in keinem Fall persönlich für die vom Verein eingegangenen Verpflichtungen, sondern nur das Vereinsvermögen.

Artikel 8. WIRKSAMKEIT GEGENÜBER DEN MITGLIEDERN

Der Beitritt zum Verein erfolgt im Rahmen der zwischen dem Verein und den Versicherungen geschlossenen Versicherungsvereinbarungen. Der Inhalt dieser Vereinbarungen, aus denen vor allem die Bedingungen und Folgen einer Kündigung der Vereinbarungen durch den Verein oder den Versicherer hervorgehen, wird den Mitgliedern bei deren Beitritt zum Verein und zum Vertrag in Form einer Informationsnotiz zur Kenntnis gebracht, die als Allgemeine Versicherungsbedingungen gilt.

ABSCHNITT IV – EINNAHMEN - AUSGABEN

Artikel 9. EINNAHMEN DES VEREINES

Die Einnahmen des Vereines setzen sich zusammen aus:

- den Beiträgen der Vereinsmitglieder,
- den Einnahmen aus seinem Vermögen,
- den Beträgen, die als Gegenleistung für Leistungen eingenommen werden, die der Verein erbracht hat,
- gesetzlich zulässigen Subventionen oder Zuwendungen,
- anderen Einkünften, die nicht gesetzwidrig sind.

Artikel 10. AUSGABEN

Die Ausgaben des Vereines werden von den Beträgen gebildet, deren Aufwendung für die Arbeit des Vereines und seine Vertretung notwendig sind. Sie werden vom Verwaltungsrat oder von jeder anderen Person angeordnet, die dazu bevollmächtigt ist.

ABSCHNITT V – SOZIALE TÄTIGKEIT

Artikel 11. SOLIDARISCHER SOZIALFONDS

Es wurde ein solidarischer Sozialfonds gegründet, der zur Finanzierung von Unterstützungs-, Begleit- und Hilfsmaßnahmen für die Mitglieder bestimmt ist.

Die Höhe der jährlichen Zuführung in den solidarischen Sozialfonds wird vom Verwaltungsrat festgelegt, welcher dessen Zielrichtung, Aufgaben und Arbeitsweise bestimmt.

Die verschiedenen Solidaritätsaktionen des Vereines und die Zugriffsbedingungen auf diese gehen aus der Geschäftsordnung hervor.

ABSCHNITT VI – VERWALTUNG UND ARBEITSWEISE

Artikel 12. VERWALTUNGSRAT

1. Zusammensetzung

Der Verein wird von einem Verwaltungsrat geleitet, dem mindestens sechs (6) Mitglieder und höchstens fünfzehn (15) Mitglieder angehören, die für sechs (6) Jahre ernannt werden. Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden von der Hauptversammlung bestimmt; sie werden aus den Vereinsmitgliedern ausgewählt.

Der Verwaltungsrat besteht zu über der Hälfte aus Mitgliedern, die in den letzten zwei Jahren vor ihrer Ernennung weder ein Interesse noch ein Mandat bei den Versicherern innehatten oder innehaben, die Unterzeichner der vom Verein unterschriebenen Versicherungsvereinbarungen sind, und die während desselben Zeitraumes keine Zuwendungen von diesen Versicherern erhalten haben oder erhalten.

Jedes Verwaltungsratsmitglied, das während seines Mandates ein Mandat innehat oder von einem der Versicherer, die eine der Versicherungsvereinbarungen mit dem Verein unterschrieben haben, eine Entlohnung erhält, verpflichtet sich, den Vorsitzenden darüber unverzüglich per Einschreiben mit Rückschein zu informieren.

Sollte aufgrund dieser Erklärung die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder, die in den letzten zwei Jahren vor ihrer Ernennung weder ein Interesse noch ein Mandat bei den Versicherern innehatten oder innehaben,

die Unterzeichner der vom Verein unterschriebenen Versicherungsvereinbarungen sind, und die während desselben Zeitraumes keine Entlohnung von diesen Versicherern erhalten haben oder erhalten, unter 51 % fallen, verliert dieses Verwaltungsratsmitglied automatisch seine Eigenschaft als Verwaltungsratsmitglied und wird gemäß Artikel 12 der Satzung ersetzt. Bei Vakanz durch Tod, Rücktritt, Erreichung der Altersgrenze oder aus einem anderen Grund besetzt der Verwaltungsrat die freien Stellen vorübergehend neu. Die endgültige Neubesetzung erfolgt bei der nächsten Hauptversammlung. Die Mandate der derart gewählten Mitglieder enden zu dem Zeitpunkt, zu dem normalerweise das Mandat der ersetzten Mitglieder enden würde.

Die Beschlüsse und Handlungen, die vom Verwaltungsrat seit der provisorischen Ernennung durchgeführt wurden, sind auch ohne Ratifizierung gültig.

Der Verwaltungsrat tauscht alle 2 Jahre ein Drittel seiner Mitglieder aus. Die ausscheidenden Mitglieder können wiedergewählt werden. Die Reihenfolge des Ausscheidens wird von der Dauer der Zugehörigkeit zum Verwaltungsrat bestimmt.

In den Verwaltungsrat kann jede Person gewählt werden, die spätestens am Tag der Wahl 18 Jahre alt ist, Vereinsmitglied ist und ihre Beiträge bezahlt hat.

Die Altersgrenze für die Aufgabe als Verwaltungsratsmitglied beträgt 70 Jahre. Sollte dieses Alter innerhalb des Mandatszeitraums erreicht werden, endet dieser automatisch am Geburtstag des Verwaltungsratsmitgliedes.

Neue Kandidaten sind dem Verwaltungsratsvorsitzenden per Einschreiben zur Kenntnis zu geben, das spätestens dreißig Tage vor dem Datum der Hauptversammlung eingehen und enthalten muss:

- eine Kopie eines Identitätsausweises,

- eine eidesstattliche Erklärung, dass keine Verurteilung oder Maßnahmen gemäß Art. L 322-2 Pkt. 1° bis 5° Versicherungsgesetz vorliegen,

- eine Bescheinigung, aus der hervorgeht, ob der Kandidat ein Mandat für einen der Versicherer, der zu den Unterzeichnern einer Versicherungsvereinbarung mit dem Verein gehört, besitzt und er eventuell eine Entlohnung erhält oder nicht.

Personen, die gemäß Art. L 322-2 Pkt. 1° bis 5° Versicherungsgesetz verurteilt wurden oder entsprechenden Maßnahmen unterliegen, können den Verein weder direkt noch indirekt, noch durch Mittelsmann verwalten oder leiten oder bevollmächtigt sein, für den Verein Unterschrift zu leisten.

Der Verwaltungsrat wählt jedes Jahr in geheimer Abstimmung aus seinen Mitgliedern mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen einen Vorstand, der umfasst: einen Vorsitzenden, einen stellvertretenen Vorsitzenden, einen Sekretär, einen Schatzmeister und eventuell Stellvertreter. Ausscheidende Vorstandsmitglieder können wiedergewählt werden. Der Verwaltungsrat kann sich von jeder Person, deren Mitarbeit er für sachdienlich erachtet, unterstützen lassen. Diese Personen können Vereinsmitglieder sein, müssen es aber nicht.

2. Sitzung des Verwaltungsrates

Verwaltungsratssitzungen finden so oft, wie es das Interesse des Vereines erforderlich macht, auf Einladung des Vorsitzenden des Verwaltungsrates statt. Die Einladung dazu kann dieser anhand aller Mittel seiner Wahl vornehmen.

Über die Abstimmungen des Verwaltungsrates wird ein Protokoll geführt, das in ein Register aufgenommen und vom Vorsitzenden und von mindestens einem Verwaltungsratsmitglied unterzeichnet wird.

Der Verwaltungsrat kann nur dann rechtsverbindlich entscheiden, wenn mehr als die Hälfte der Verwaltungsratsmitglieder anwesend sind.

Die Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder gefasst. Bei Stimmengleichheit ist die Stimme des Verwaltungsratsvorsitzenden entscheidend. Es kann nur über die Fragen abgestimmt werden, die auf der Tagesordnung stehen.

Verwaltungsratsmitglieder, die drei Sitzungen unentschuldigt fernbleiben, können lt. Beschluss des Verwaltungsrates nach Anhörung ausgeschlossen werden.

3. Vergütung

Die Arbeit der Verwaltungsratsmitglieder wird nicht vergütet. Jedoch werden ihnen bei Vorlage der entsprechenden Belege die Kosten und Auslagen erstattet, die bei Erfüllung ihres Mandates entstanden sind. Aus dem Finanzbericht, der der ordentlichen Hauptversammlung vorgelegt wird, müssen die den Verwaltungsratsmitgliedern erstatteten Kosten und Auslagen hervorgehen.

4. Vollmachten

Der Verwaltungsrat ist allgemein mit umfassenden Vollmachten ausgestattet, um im Namen des Vereines handlungsfähig zu sein. Er legt vor allem die Höhe des Vereinsbeitrages fest, der von den Vereinsmitgliedern zu zahlen ist.

Er kann dem Verwaltungsratsvorsitzenden oder einem Vorstandsmitglied Untervollmacht erteilen.

5. Aufgaben und Befugnisse des Vorsitzenden – Aufgaben des Sekretärs und des Schatzmeisters

Die Vorstandsmitglieder haben die folgenden Zuständigkeiten:

1. Der **Vorsitzende** leitet die Arbeit des Verwaltungsrates und gewährleistet, dass der Verein funktioniert. Er vertritt den Verein vor Gericht und gegenüber der Öffentlichkeit. Zu diesem Zweck ist er mit allen Vollmachten ausgestattet. Er kann seine Vollmachten auf einen anderen Verwalter übertragen. Bei Verhinderung wird er vom Sekretär vertreten.

2. Der **Sekretär** ist für die Korrespondenz zuständig, vor allem für den Versand der diversen Einladungen. Er verfasst die Beschlussprotokolle und überträgt sie in die Register. Er erfüllt die gesetzlich vorgeschriebenen Formalitäten.

3. Der **Schatzmeister** verwaltet das Vereinsvermögen und führt die Konten. Er nimmt die Einnahmen entgegen und leistet die Zahlungen unter Aufsicht des Vorsitzenden.

Er legt jährlich Rechenschaft gegenüber der Hauptversammlung, die über die Konten abstimmt.

Die Arbeit der Vorstandsmitglieder wird nicht vergütet, gleich welcher Art auch immer.

Artikel 13. HAUPTVERSAMMLUNGEN

1. Hauptversammlungen

1.1. Ordentliche Hauptversammlung

Die Mitglieder werden mindestens einmal pro Jahr zu den o. g. Bedingungen zur ordentlichen Hauptversammlung eingeladen.

Die ordentliche Hauptversammlung nimmt entgegen:

- den Geschäftsführungsbericht, der vom Verwaltungsrat verfasst wurde und der vor allem über die Funktionsweise der vom Verein geschlossenen Versicherungsvereinbarungen berichtet. Dieser Bericht wird den Mitgliedern zur Verfügung gestellt, die dies beantragen.
- die Berichte der Wirtschaftsprüfer,
- den Rechenschaftsbericht,
- den Finanzbericht.

Die ordentliche Hauptversammlung bestätigt, nach Beratung und Beschlussfassung über diese diversen Berichte, die Jahresrechnung des abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahr) und befindet über alle anderen Punkte auf der Tagesordnung.

Sie führt die Neuwahl der Mitglieder des Verwaltungsrates zu den Bedingungen von Artikel 12 dieser Satzung durch.

1.2. Außerordentliche Hauptversammlung

Sie wird zu den o. g. Bedingungen einberufen.

Die außerordentliche Hauptversammlung entscheidet über die Fragen, über die nur sie entscheiden kann: über Satzungsänderungen, Verschmelzungen und Auflösungen.

2. Einladungen

2.1. Einladung zu den ordentlichen und außerordentlichen Hauptversammlungen

Die Vereinsmitglieder, die am Tag des Beschlusses über die Einladung lt. Art. 5 Mitglied waren und ihre Beiträge bezahlt haben, werden mindestens einmal jährlich

zur ordentlichen Hauptversammlung und bei Bedarf zur außerordentlichen Hauptversammlungen eingeladen.

Die ordentlichen und außerordentlichen Hauptversammlungen setzen sich aus allen Vereinsmitglieder zusammen, die ihren Vereinsbeitrag ordnungsgemäß gezahlt haben.

Die Einladung erfolgt namentlich und wird je nach Wahl des Verwaltungsrates rechtsverbindlich vorgenommen:

- entweder mit einfachem Brief oder per E-Mail, versandt mindestens sechzig Kalendertage vor dem Datum der Hauptversammlung,

- oder durch Inserat in einer Veröffentlichung, die sich an alle Mitglieder richtet.

Die Versammlungen treten auf Einladung des Vereinsvorsitzenden zusammen, oder, wenn es sich um außerordentliche Hauptversammlungen handelt, auf Antrag von mindestens 10 % der Mitglieder. In diesem Fall sind die Einladungen zur außerordentlichen Hauptversammlung innerhalb von acht Tagen nach Eingang des Antrages zu verschicken, und die außerordentliche Hauptversammlung ist innerhalb von dreißig Tagen nach dem Versand der Einladungen abzuhalten.

Aus den Einladungen müssen zwingend das Datum, die Uhrzeit, der Ort und die vom Verwaltungsrat geplante und festgelegte Tagesordnung hervorgehen.

Beschlussvorschläge, die von mindestens einhundert Mitgliedern unterschrieben wurden, werden ebenfalls auf die Tagesordnung gesetzt, sofern sie dem Vereinsvorsitzenden mindestens fünfundvierzig Tage vor dem für die Durchführung der Hauptversammlung festgelegten Datum per Einschreiben übermittelt wurden.

Nur die von der Hauptversammlung gefassten Beschlüsse, die zu den auf der Tagesordnung stehenden Punkten gefasst wurden, sind rechtsverbindlich.

Ferner muss aus den Einladungen hervorgehen, dass, sofern kein Quorum zusammenkommt, sie als Einladung für eine zweite Hauptversammlung gelten.

3. Stimmrecht

3.1. Stimmrecht auf den ordentlichen und außerordentlichen Hauptversammlungen

Jedes Vereinsmitglied verfügt über ein Stimmrecht und eine Stimme auf der ordentlichen und außerordentlichen Hauptversammlung.

Firmenmitglieder werden von ihrem gesetzlichen Vertreter vertreten. Jedes Mitglied, das eine natürliche Person ist, kann einem anderen Mitglied oder dessen Lebenspartner Vollmacht erteilen. Dasselbe Mitglied darf nicht über mehr als 5 % der Stimmrechte verfügen. Die Vollmacht gilt für eine einzige Hauptversammlung oder zwei, wenn bei der ersten Einladung das Quorum nicht erreicht wurde oder wenn zwei Versammlungen - eine ordentliche und eine außerordentliche - am selben Tag stattfinden.

An den Verein zurückgeschickte Blankovollmachten werden dem Vorsitzenden oder seinem Vertreter innerhalb des Verwaltungsrates übertragen und berechtigen zur Abstimmung über Beschlussvorlagen, die vom Verwaltungsrat vorgelegt oder genehmigt wurden.

3.1.1. Ordentliche Hauptversammlung

Die Beschlüsse der ordentlichen Hauptversammlung werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.
Alle Abstimmungen erfolgen durch Handzeichen. Die Abstimmung erfolgt jedoch geheim, wenn mindestens ein Viertel der anwesenden Mitglieder dies verlangen sollte.
Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden in geheimer Abstimmung gewählt.

3.1.2. Außerordentliche Hauptversammlung

Die Beschlüsse werden ausschließlich mit Zweidrittelmehrheit der anwesenden oder vertretenen Mitglieder gefasst.
Die Abstimmungen erfolgen durch Handzeichen, sofern nicht mindestens ein Viertel der anwesenden Mitglieder eine geheime Abstimmung verlangt.

4. Durchführung der Versammlungen

Die Versammlungen werden vom Vorsitzenden des Vereines geleitet, der diese Aufgabe an den stellvertretenden Vorsitzenden oder ggf. an ein anderes Verwaltungsratsmitglied übertragen kann.

Die Beschlüsse werden protokolliert, die Protokolle werden in einem speziellen Register erfasst und vom Vorsitzenden und vom Sekretär unterschrieben. Die Einsichtnahme in die Protokolle erfolgt am Geschäftssitz des Vereines.

Es wird eine Anwesenheitsliste geführt, die vom Vorsitzenden und vom Sekretär als ordnungsgemäß abgezeichnet wird.

Die Beschlüsse der Hauptversammlungen sind im Rahmen der ihnen von dieser Satzung erteilten Vollmachten für alle Mitglieder, auch für die abwesenden, bindend.

4.1. Durchführung der ordentlichen und außerordentlichen Hauptversammlungen

Die ordentliche und außerordentliche Hauptversammlung können nur dann rechtsverbindliche Beschlüsse fassen, wenn mindestens tausend Mitglieder anwesend oder vertreten sind. Wenn die Hauptversammlung bei der ersten Einladung dieses Quorum nicht erreicht, wird eine zweite Hauptversammlung einberufen. Diese entscheidet dann unabhängig von der Anzahl der anwesenden oder vertretenen Mitglieder rechtsverbindlich.

Sollte kein Quorum erreicht werden, kann nach der ersten die zweite Hauptversammlung mit derselben Tagesordnung stattfinden.

Auf Beschluss des Vorsitzenden können die ordentliche und außerordentliche Hauptversammlung aus der Ferne abgehalten werden, die Abstimmung kann elektronisch erfolgen.

Artikel 14. GESCHÄFTSORDNUNG

Der Verwaltungsrat kann eine Geschäftsordnung erarbeiten, die die Bestimmungen der Satzung ergänzt.

Artikel 15. AUFLÖSUNG – VERSCHMELZUNG – GÜTERÜBERTRAGUNG

Die Auflösung des Vereines, seine Verschmelzung oder sein Zusammenschluss mit einer anderen Organisation können auf Vorschlag des Verwaltungsrates nur von einer außerordentlichen Hauptversammlung gemäß den obigen Bedingungen beschlossen werden.

Bei einer Liquidation oder Auflösung des Vereines erfolgen lt. Artikel L141-6 Versicherungsgesetz die am Tag der Auflösung oder Liquidation laufenden Beitritte der Mitglieder zu den kollektiven Versicherungsvereinbarungen rechtsverbindlich.

Artikel 16. SPRACHE

Die Sprache dieser Satzung ist die französische Sprache. Bei einer Übersetzung ist nur die französische Version rechtsverbindlich.

M. Pierre-Henry MICHAUD

M. Jean-Louis FAVROT