



MYHEALTH INTERNATIONAL

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Ref: MHI Cov 23A
Aktualisierung: September2022



APRIL International

Tel: +49 (0) 69 24 74 29 490

E-Mail: kundenbetreuung@april.com

Von Montag bis Freitag von 09:00 bis 17:30 Uhr



Unsere Berater sind ebenfalls erreichbar über:

**Facebook
Messenger**

INHALTSVERZEICHNIS

1. DEFINITIONEN	3
1.1 DEFINITIONEN, DIE ALLE VERSICHERUNGEN BETREFFEN.....	3
1.2 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN DER KRANKENVERSICHERUNG.....	4
1.3 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN DER ASSISTANCE-VERSICHERUNG.....	5
1.4 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN DER PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG.....	5
1.5 SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG.....	5
1.6 SPEZIELLE DEFINITIONEN FÜR DIE KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT.....	6
2. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN UND TERRITORIALE GÜLTIGKEIT IHRES VERTRAGES	6
2.1 WELCHE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN SIND IN DEM VERTRAG ENTHALTEN?.....	6
2.2 WO SIND SIE VERSICHERT.....	6
3. WER IST FÜR DIESEN VERTRAG BERECHTIGT?	7
4. DATUM DES INKRAFTTRETENS, DAUER UND WIDERRUF DES VERTRAGES	8
4.1 WANN TRITT IHR VERTRAG IN KRAFT?.....	8
4.2 FÜR IHREN VERTRAG GELTENDE WARTEZEITEN.....	8
4.3 VERSICHERUNGSLAUFZEIT UND ERNEUERUNG IHRES VERTRAGES.....	9
4.4 EINSTELLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN IHRES VERTRAGES.....	9
4.5 WIE KÖNNEN SIE IHREN VERTRAG WIDERRUFEN?.....	10
5. BEITRÄGE	11
5.1 WIE WIRD DIE HÖHE IHRER <i>BEITRÄGE</i> BERECHNET?.....	11
5.2 DIE ZAHLUNGSWEISEN.....	11
5.3 WAS PASSIERT BEI NICHTZAHLUNG DER <i>BEITRÄGE</i> ?.....	11
6. ÄNDERUNGEN IHRES VERTRAGES	11
6.1 WIE KÖNNEN SIE IHREN VERTRAG ÄNDERN?.....	11
6.2 WELCHE INFORMATIONEN MÜSSEN SIE UNS MITTEILEN?.....	12
7. WAS IST DURCH IHREN VERTRAG VERSICHERT UND WIE KÖNNEN SIE LEISTUNGEN IN ANSPRUCH NEHMEN?	12
7.1 KRANKENVERSICHERUNG.....	12
7.2 ASSISTANCE-VERSICHERUNG.....	14
7.3 PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG.....	20
7.4 STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG.....	21
7.5 KRANKENTAGEGELD BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT.....	23
8. WAS AUS IHREM VERTRAG AUSGESCHLOSSEN IST	25
9. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	30

1. DEFINITIONEN

Da der Versicherungswortschatz sehr speziell ist und *wir* möchten, dass *Sie* Ihren Vertrag richtig verstehen, definieren *wir* *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:** Alles 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) 69 24 74 29 490 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 zahlender Summe.
- C CFE:** Caisse des Français de l'Étranger (französische Auslandskasse)
- 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.
- H HAUPTVERSICHERTER:** natürliche Person, dessen Aufnahmeantrag zur Versicherung angenommen wurde und für die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen berechtigt ist; wird in diesem Dokument als "Sie" bezeichnet.
- HERKUNFTSLAND:** Wohnsitzland des Versicherten vor seiner Auswanderung oder das *Land seiner Staatsangehörigkeit*, von dem *Zielland* abweichend.
- K KRANKHEIT:** Jede Veränderung des Gesundheitszustandes, die von einer zuständigen *medizinischen Einrichtung* festgestellt wird.
- 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 und er auf der *Versicherungsbescheinigung* als solcher aufgeführt wird.
- M MEDIZINISCHE EINRICHTUNG:** 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 Einrichtung* 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, welches die Erscheinung eines Gesundheitszustandes 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 dem von der vertragschließenden Vereinigung abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrag freiwillig beiträgt und sich zu den entsprechenden Obliegenheiten verpflichtet, insbesondere zur Zahlung der Beiträge. Seine Kontaktdaten sind auf der *Versicherungsbescheinigung* aufgeführt. Der *Versicherungsnehmer* schließt den Vertrag entweder für sich selbst oder als gesetzlicher Vertreter einer zu versichernden Person oder als gesetzlicher Vertreter für ein beitretendes Unternehmen ab.
- VERSICHERUNGSJAHR:** Zeitraum von zwölf aufeinanderfolgenden Monaten, der mit dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages beginnt.

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.

Z **ZIELLAND:** das Land/die Länder, das/die aus Ihrer *Versicherungsbescheinigung* als *Zielland* hervorgeht/hervorgehen und in dem/denen die Versicherung gültig ist.

1.2. SPEZIFISCHE 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 VORHERIGE 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.

C **CNS:** Caisse Nationale de Santé du Luxembourg (Nationale Gesundheitskasse Luxemburg)

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.

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

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 Einrichtung* 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 **REISEVERBINDLICHE IMPFUNGEN:** Je nach *Zielland* vorgeschriebene oder empfohlene Impfungen: Anti-Rotavirus (Gastroenteritis), Cholera, Frühsommer-Meningoenzephalitis (Zeckenzephalitis), 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.

STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG AM WOHSITZ: Es handelt sich um eine *vollstationäre Heilbehandlung*, die, im Anschluss an eine *stationäre Heilbehandlung* in einem Krankenhaus, von einem koordinierenden Arzt in der Wohnung des Patienten organisiert wird und mit dem Krankenhaus, in das der Patient eingewiesen wurde, in Verbindung steht. Der koordinierende Arzt greift allein ein oder zieht andere Kollegen hinzu, um medizinische, technische und komplexe Verfahren durchzuführen. Er organisiert den Einsatz anderer Gesundheitsfachkräfte wie Krankenschwestern, Krankenpfleger oder Physiotherapeuten und setzt bei Bedarf medizinische Überwachungs- oder Hilfsgeräte ein, wie z. B. Atemhilfen oder die Überwachung der Vitalfunktionen. Die Abgabe von Medikamenten, einschließlich Chemotherapie, am Krankenbett ist Teil der Dienstleistungen einer stationären Heilbehandlung am Wohnsitz. Diese Pflegeleistungen bedürfen der vorherigen Zustimmung unseres Vertrauensarztes.

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

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

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 *medizinischem 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 50 % einbehalten.

VORHERIGE KOSTENZUSAGE: Für *stationäre* und ambulante medizinische *Heilbehandlungen* über 2.000 €/US\$ ist die *vorherige Kostenzusage* unseres Vertrauensarztes notwendig. Das bedeutet, dass Sie uns spätestens 5 Tage vor Behandlungsbeginn einen detaillierten Kostenvoranschlag und einen *Antrag auf vorherige Kostenzusage* zukommen lassen müssen. Bei einem *Krankenhausaufenthalt* lassen Sie bitte das Formular *Vertrauliche medizinische Bescheinigung* von Ihrem Arzt ausfüllen. Bei Nichteinhaltung dieser Formalität wird ein *Selbstbehalt* von 50% von Ihrer Rückerstattung einbehalten.

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 SPEZIFISCHE 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 Beförderungsinanz 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 SPEZIFISCHE 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 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG:

B BEGÜNSTIGTER(S): natürliche Person(en), die vom *Versicherten* ausgewählt wurde(n), um das Kapital im Todesfall 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 *Begünstigten* zu erleichtern, muss der *Versicherte* für jeden *Begünstigten* 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 Begünstigten 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. Das Einverständnis ist gegenüber dem Versicherer nur dann rechtswirksam, wenn es uns schriftlich mitgeteilt wurde.

V VERSICHERTER, „SIE“: der Hauptversicherte und/oder sein Lebenspartner, sofern dieser ebenfalls im Ausland lebt.

1.6 SPEZIFISCHE 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 VERSICHERUNGSLEISTUNGEN SIND IN DEM 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 (frz. Auslandskasse) **oder**
- › als Zusatzversicherung in Ergänzung der französischen Sozialversicherung (und jeder anderen französischen Pflichtversicherung) **oder**
- › als Zusatzversicherung in Ergänzung der CNS – Caisse Nationale de Santé (Nationale Gesundheitskasse Luxemburg).

Eine Basis-Assistance-Versicherung ist in der Krankenversicherung inbegriffen. Sie können optional die folgenden Versicherungen abschließen:

- › umfassende Assistance- und private Haftpflichtversicherung;
- › Sterbe- und Pflegekapitalversicherung;
- › Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit (bei dieser Versicherung ist die damit verbundene Auswahl der Sterbe- und Pflegekapitalversicherung erforderlich).

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 besteht ganzjährig in den Zielländern, die aus Ihrer Versicherungsbescheinigung hervorgehen. Der Versicherungsschutz gilt auch für die Tarifzone, in dem sich die in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Länder befinden, sowie in den niedrigeren Tarifzonen.

Die sechs folgenden Tarifzonen werden angeboten:

Zone 0: Bahamas (Inseln), Puerto Rico, Vereinigte Staaten

Zone 1: Japan, Singapur

Zone 2: Brasilien, Chile, China, Hong Kong, Saint Barthélemy, Saint Martin, Schweiz, Vereinigtes Königreich

Zone 3: Andorra, Armenien, Australien, Aserbaidzhan, Britische Jungferninseln, Costa Rica, Deutschland, Dänemark, Ecuador, Estland, Färöer (Inseln), Finnland, Georgien, Gibraltar, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kambodscha, Kanada, Lettland, Lichtenstein, Litauen, 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: Belgien, Frankreich und D.R.O.M.s (Guadeloupe, Französisch-Guyana, Martinique, Mayotte und la Réunion), Luxemburg, Monaco

Zone 5: alle weiteren Länder der Welt, die in 0, 1, 2, 3 und 4 nicht aufgezählt wurden

Darüber hinaus gelten die Leistungen weltweit, unabhängig von der ausgewählten Tarifzone (einschließlich im Land Ihrer Staatsangehörigkeit, wenn dieses nicht in der von Ihnen ausgewählten Tarifzone liegt) im Falle eines Unfalls oder eines medizinischen Notfalls während eines vorübergehenden, nicht medizinisch bedingten Aufenthaltes von bis zu 90 aufeinanderfolgenden Tagen.

Sonderfall: Wenn Sie das Zielland **Belgien, Luxemburg oder Monaco** wählen, sind Sie auch für geplante und unangekündigte Behandlungen in **Italien und Frankreich** ganzjährig versichert.

Sonderfall in der Tarifzone 5: Der Versicherungsschutz gilt ganzjährig in den Ländern der Tarifzone 5 (einschließlich im Land Ihrer Staatsangehörigkeit, wenn es sich in der Tarifzone 5 befindet). Er gilt auch in Frankreich (einschließlich der D.R.O.M.) für vorübergehende Aufenthalte von bis zu 90 aufeinanderfolgenden Tagen. Bitte beachten Sie: Behandlungen, die in Frankreich in Privatkliniken und -krankenhäusern durchgeführt werden, werden im Rahmen der *angemessenen und üblichen Kosten* übernommen. Die Leistungen gelten auch im Falle eines Unfalls oder eines *medizinischen Notfalls* bei vorübergehenden Aufenthalten von weniger als 90 aufeinanderfolgenden Tagen in den Zonen 0, 1, 2, 3 und 4 (einschließlich im Land Ihrer Staatsangehörigkeit, wenn es sich in einer dieser 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-, Privathaftpflicht-, 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) 69 24 74 29 490 oder per E-Mail an kundenbetreuung@april.com erhältlich. Diese Liste der *Ausschlussländer* kann im Laufe der Zeit geändert werden.

3. WER IST FÜR DIESEN VERTRAG BERECHTIGT?

Um für einen Abschluss dieses Versicherungsvertrages berechtigt zu sein, müssen Sie:

- › am *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages:
 - › für die Kranken-, Assistance- und Privathaftpflichtversicherung, im Fall einer Versicherung für die Tarifzone 0 sowie Mexiko und Thailand zwischen 16 und 64 Jahre alt sein,
 - › für die Kranken-, Assistance- und Privathaftpflichtversicherung, im Fall einer Versicherung für die Tarifzonen 1 und 2 zwischen 10 und 71 Jahre alt sein,
 - › für die Kranken-, Assistance- und Privathaftpflichtversicherung, im Fall einer Versicherung für die Tarifzonen 3, 4 und 5 (abgesehen von Mexiko und Thailand) zwischen 10 und 74 Jahre alt sein,
 - › für die Sterbe- und Pflegekapital- sowie die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit zwischen 18 und 65 Jahre alt sein,

Das Mindestalter für die Kranken-, die Assistance- und die Privathaftpflichtversicherung gilt nur für Kinder, die allein in einem eigenständigen Vertrag versichert werden sollen. Sie können Ihre Kinder unterhalb dieser Mindestalter versichern, sofern Sie selbst über denselben Vertrag versichert sind.

- › für die Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE – Caisse des Français de l'Étranger (frz. Auslandskasse) oder des französischen gesetzlichen Versicherungssystems, über die CFE mit dem Tarif für *Krankheit* und Schwangerschaft und dem Tarif für *Arbeitsunfall* oder über die französische Sozialversicherung (oder über eine gleichwertigen französischen Pflichtversicherung) während der Vertragslaufzeit versichert sein,
- › für die Zusatzversicherung in Ergänzung der CNS (Caisse Nationale de Santé du Luxembourg) über die CNS mit dem Tarif für *Krankheit* und Schwangerschaft versichert sein,
- › für die Sterbe- und Pflegekapital- sowie die Krankentagegeldversicherung bei Ihrem Versicherungsabschluss eine Kopie Ihres Identitätsausweises (Personalausweis oder Reisepass) 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 drei Monate vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages 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 als Krankenvollversicherung 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 Privathaftpflichtversicherung:

- › Ihr Lebenspartner,
- › Ihre unterhaltspflichtigen Kinder.

Aufnahme eines Neugeborenen in den Vertrag:

- › Sie sind seit mindestens 12 aufeinanderfolgenden Monaten im Rahmen einer Schwangerschaft versichert:
 - › Um Ihr Kind bei der Geburt ohne medizinische Formalitäten zu versichern, reichen Sie bitte **innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt** einen Aufnahmeantrag zusammen mit **einer Geburtsurkunde** bei uns ein.
 - › **Nach Ablauf dieser Frist** werden Neugeborene **vorbehaltlich der Genehmigung durch unseren medizinischen Dienst** versichert:
 - **Ein Gesundheitsfragebogen** sowie **ein Krankenhausbericht über die Geburt** sind in diesem Fall erforderlich,
 - Die Versicherungsaufnahme des Neugeborenen wird frühestens am Tag nach unserer medizinischen Annahme wirksam.

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

- › **Wenn Sie nicht (oder seit weniger als 12 Monaten) im Rahmen einer Schwangerschaft versichert sind:** Senden Sie uns bitte einen Aufnahmeantrag zusammen mit **einem Gesundheitsfragebogen** und **einem Krankenhausbericht über die Geburt** zu. Die Versicherungsaufnahme des Neugeborenen wird frühestens am Tag nach unserer medizinischen Annahme wirksam.

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

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

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 TRITT IHR VERTRAG IN KRAFT?

Das Datum Ihrer Aufnahme entspricht dem *Datum des Inkrafttretens* der Leistungen, die Sie auf Ihrem Aufnahmeantrag angegeben haben. Er tritt frühestens am Tag des Einganges der vollständigen Aufnahmeunterlagen (inkl. Aufnahmeantrag und Gesundheitsfragebogen, jeweils 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 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 Vertrages ist auf der *Versicherungsbescheinigung* angegeben, die Ihnen in Ihrem passwortgeschützten Kundenextranet und auf Ihrer Easy Claim App zur Verfügung gestellt wird.

4.2. FÜR IHREN VERTRAG GELTENDE WARTEZEITEN:

Der Versicherungsschutz ist für alle *Versicherten* ab dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages gültig, vorbehaltlich der Anwendung der folgenden *Wartezeiten* für die Krankenversicherung:

- › 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),
- › 12 Monate für die mit der Schwangerschaft und für die mit der medizinisch assistierte Reproduktion verbundenen Kosten.

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 Schwangerschaft), 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 Lösungsbescheinigung und den entsprechenden Details zu dieser vorherigen Versicherung unserer Genehmigung.

4.3. VERSICHERUNGSDAUER UND ERNEUERUNG 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. Der Vertrag verlängert sich jedes stillschweigend um ein weiteres Jahr, ohne zeitliche Begrenzung, unabhängig von Ihrem Alter, Ihrem Gesundheitszustand und der Höhe Ihrer medizinischen Ausgaben. Die Aufnahme in die Kranken-, Assistance- und Privathaftpflichtversicherung 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 VERSICHERUNGSLEISTUNGEN IHRES VERTRAGES:

- a) im Fall einer Kündigung jährlichen Fälligkeit (Datum der Jähmung 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 Versicherungslaufzeit jederzeit erfolgen kann. Ihre Kündigung tritt 30 Tage nach Eingang des Kündigungsantrages in Kraft;
- c) im Fall einer Kündigung 30 Tage nach Erhalt der neuen jährlichen allgemeinen Versicherungsbedingungen;
Um sein Recht auf Kündigung auszuüben, kann der *Versicherungsnehmer* seinen Antrag APRIL International Care France wie folgt übermitteln:
 - mittels eines einfachen Schreibens oder Einschreiben an folgende Adresse: Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANKREICH
 - über das Kontaktformular, das in Ihrem Kundenextranet verfügbar ist, indem Sie den Grund "Kündigung beantragen" auswählen;
 - oder per E-Mail an care@april-international.com;beziehungsweise auf jedem anderen im Artikel L. 113-14 des frz. Versicherungsgesetzbuches vorgesehenem Weg.
- d) bei Nichtzahlung der *Beiträge* (s. Punkt 5.4);
- e) bei Kündigung der Vereinbarung des Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer oder die Association des Assurés APRIL (Vereinigung der APRIL-Versicherten) am Datum der Jähmung des Vertrages (in diesem Fall verpflichtet sich die Vereinigung, jeden *Versicherungsnehmer* darüber zu informieren);
- f) sobald Sie nicht mehr die Bedingungen als versicherbare Person erfüllen (s. Punkt 3). Die Kündigung erfolgt zum Ende des laufenden Versicherungsmonats und spätestens innerhalb von 30 Tagen nach Eingang Ihrer Mitteilung, vorbehaltlich des Einganges eines entsprechenden Beleges;
- g) im Fall eines Versicherungsschutzes 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 erfolgt die Kündigung einen Monat nach Eingang einer schriftlichen Mitteilung;
- h) hinsichtlich der Sterbe- und Pflegekapital- sowie der Krankentagegeldversicherung und die Befreiung von der Beitragszahlung: sobald Sie das Alter von 65 Jahren erreicht haben;
- i) wenn Sie sich nicht mehr dauerhaft im Ausland aufhalten nach Vorlage eines entsprechenden offiziellen Nachweises (beispielsweise eine Bescheinigung Ihres Beitritts in die Sozialversicherung des *Landes Ihrer Staatsangehörigkeit* oder eine Kopie Ihres neuen Arbeitsvertrages).

Bei Kündigung durch die Versicherung oder den Verein gemäß Punkt e) verpflichtet sich die Versicherung, auf Antrag des *Versicherungsnehmers* einen individuellen Erhaltungsvertrag anzubieten, der dem Schutz entspricht, der am Tag der Kündigung gültig war, gegen Zahlung des vom Versicherer angegebenen Beitrages. 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 bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit.

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 Schadensmeldung, ob vorsätzlich oder nicht, die Auslassung der Meldung anderer kumulativer Versicherungen oder die Verwendung von gefälschten Dokumenten als Belege bzw. die Verwendung betrügerischer Mittel für den Versicherten und den Versicherungsnehmer zur Verwirkung der Ansprüche auf die Versicherungsleistungen und zur Kündigung des Vertrages. Wir behalten uns das Recht vor, 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 IHREN VERTARG WIDERRUFEN?

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.112-9-1 des französischen Versicherungsgesetzes: „Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz, auch auf ihre Bitte hin, Gegenstand eines Haustürgeschäftes ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsantrag oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit fällt, hat das Recht, diesen Vertrag innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses per Einschreiben mit Rückschein ohne Begründung und straffrei zu widerrufen. (...)“

Dieses Widerrufsrecht kann der Unterzeichner nicht mehr ausüben, sobald er von einem Schadensfall Kenntnis hat, für den der Versicherungsschutz in Anspruch genommen wird.“

Wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Rahmen eines Fernabsatzgeschäftes abgeschlossen hat (telefonisch oder über das Internet):

Der *Versicherungsnehmer* kann seine Versicherungsaufnahme innerhalb einer Frist von 14 Tagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses widerrufen.

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* seinen Vertrag widerrufen. Durch den Widerruf 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 Antrages überschüssig gezahlte Beiträge zurückerstattet. Wenn der *Versicherte* innerhalb der Frist von 30 Tagen Leistungen in Anspruch genommen hat, ist das Widerrufsrecht nicht mehr anwendbar.

Allgemeine Bedingungen für die Ausübung des Widerrufsrechtes:

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

Dafür ist es ausreichend, das Widerrufsformular auf Seite 24 auszufüllen oder APRIL International Care France einen nach folgender Vorlage verfassten Brief zu schicken:

« Ich, der/die Unterzeichner/in, Herr/Frau (Name, Vorname, Anschrift)

erkläre, meinen Vertrag „My Health International“ Nr. zu widerrufen.

Ausgefertigt in am.....

Unterschrift

Im Fall eines Widerrufs kann der *Versicherungsnehmer* nur zur Zahlung des *Beitrages* verpflichtet werden, der dem Zeitraum entspricht, während dem das Risiko bestand, wobei dieser Zeitraum bis zum Datum der Kündigung berechnet wird. Wir sind verpflichtet, dem *Versicherungsnehmer* den Restbetrag spätestens innerhalb von dreißig Tagen ab dem Datum der Kündigung zurückzuerstatten.

Allerdings bleibt der gesamte *Beitrag* fällig, sofern der *Versicherungsnehmer* sein Rücktrittsrecht ausübt, während ein *Schadensfall*, der den Versicherungsschutz des Vertrages in Anspruch nimmt, während der Frist zur Ausübung des Widerrufsrechtes eingetreten ist.

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 BERECHNET?

Der Beitrag wird jährlich in Abhängigkeit vom Alter des Versicherten zum Datum der Jährung des Vertrages angepasst. Das Alter des Versicherten, das für die Berechnung der Beiträge im ersten Jahr berücksichtigt wird, entspricht dem Alter des Versicherten am Tag des Inkrafttretens des Vertrages. Für jedes folgende Jahr entspricht das Alter des Versicherten, das für die Berechnung der Beiträge berücksichtigt wird, dem Alter des Versicherten am Datum der Jährung des Vertrages.

Die bestehenden Gebühren, die zu Lasten des Versicherungsnehmers gehen, sind in dem Beitrag enthalten. Änderungen der Gebührensätze haben eine Änderung der Beitragshöhe zur Folge. 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 Datum der Jährung des Vertrages in Abhängigkeit von den versicherungstechnischen Ergebnissen der Versichertengruppe 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 Vertragsabschluss gewählten Versicherungsschutzes auf Antrag des Versicherungsnehmers wird zur Berechnung des Beitrages das Alter des Versicherten am Datum des Inkrafttretens dieser Änderung berücksichtigt.

5.2 DIE ZAHLUNGSWEISEN :

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

- › Kreditkarte;
- › PayPal;
- › Banküberweisung (Die Überweisungsgebühren gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers);
- › SEPA-Lastschrift (von einem in der SEPA-Zone in Euro geführten Bankkonto) nicht verfügbar für die Währung US-Dollar.

Eine monatliche Zahlung ist nur bei SEPA-Lastschrift möglich.

5.3 WAS PASSIERT BEI NICHTZAHLUNG DER BEITRÄGE?

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

Bei einer Mahnung wegen Nichtzahlung wird 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 Eintreibung offener Rechnungsbeträge im Ausland spezialisiert ist. Die Zuschläge der Verwaltungskosten im Zusammenhang mit unseren Vorgängen bzw. denen unserer Dienstleister gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

6. ÄNDERUNGEN IHRES VERTRAGES

6.1 WIE KÖNNEN SIE IHREN VERTRAG ÄNDERN?

Der Versicherungsnehmer kann die Versicherungszone, die Leistungen, den Tarif, die Währung und die optionalen Leistungen, die er ursprünglich ausgewählt hat, unter den folgenden Bedingungen ändern.

Dieser Antrag kann dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden, und die versicherten Personen müssen sich neuen medizinischen Formalitäten unterziehen, die im Rahmen des Vertrages vorgesehen sind.

- a) Bei Änderung der Höhe des jährlichen Selbstbehaltes, der Höhe der Erstattung (90%/80%/100%), der Währung des Vertrages:
- › Die Änderung wird am nächsten Hauptfälligkeitsdatum des Vertrages wirksam, vorbehaltlich der Annahme des Versicherers
- b) Bei Änderung der Deckungsart, des Leistungsumfanges, der Versicherungszonen oder des Tarifes:
- › Die Änderung wird frühestens am Ende des laufenden Versicherungszeitraumes nach Eingang des Änderungsantrages wirksam, vorbehaltlich der Annahme des Versicherers.
 - › Die Hochstufung des Leistungsumfanges oder des Tarifes oder der Wechsel in eine höhere Versicherungszone bleibt für mindestens 12 aufeinanderfolgende Monate wirksam.
 - › Der Wechsel in einen Tarif mit niedrigeren Erstattungsbeträgen ist erst nach einjähriger Versicherungslaufzeit im vorherigen Tarif möglich (außer bei Änderung des Familienstandes oder Wechsel des Wohnsitzlandes).
 - › Die Pauschalen (Zahnmedizin, Sehhilfen [...]) sind nicht kumulativ, wenn während der Vertragslaufzeit ein Wechsel des Krankenversicherungstarifes erfolgt.

6.2 WELCHE INFORMATIONEN MÜSSEN SIE UNS MITTEILEN?

Die versicherte Person und das Mitglied müssen uns schriftlich über jede Änderung ihres Status, ihrer Situation, ihrer Kontaktdaten (**andernfalls gelten Mitteilungen, die an die zuletzt bekannten Kontaktdaten gerichtet worden sind, als zugestellt**) sowie über die Änderung ihrer beruflichen Tätigkeit oder die Einstellung derselben informieren.

7. WAS IST DURCH IHREN VERTRAG VERSICHERT UND WIE KÖNNEN SIE LEISTUNGEN IN ANSPRUCH NEHMEN?

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 VERSICHERUNGSLAUFZEIT.

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 KRANKENVERSICHERUNG

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

Wir stellen Ihnen ein Netzwerk von medizinischen Einrichtungen zur Verfügung, die angemessene und übliche Kosten berechnen. Wenn Sie sich in einer Gesundheitseinrichtung oder von einem Arzt behandeln lassen, der nicht Mitglied des APRIL International-Netzwerks ist und durch APRIL International empfohlen wird, müssen Sie eine Selbstbeteiligung in Höhe von 20 % des Erstattungsbetrages zahlen, wenn die Kosten Ihrer Behandlung die ortsüblichen Normen übersteigen (außer bei lebensbedrohlichen Notfällen).

Informationen über das APRIL International Gesundheitsnetzwerk finden Sie:

- in Ihrem Versicherungsleitfaden und in Ihrer Mobile-App Easy Claim
- bei unseren Teams: Sie stehen Ihnen zur Verfügung, um Sie bei allen gesundheitlichen Fragen zu unterstützen

7.1.1. ART UND HÖHE DER ERSTATTUNGEN

Im Falle einer Versicherung in Ergänzung der CFE, CNS, der frz. Sozialversicherung oder eines französischen Grundversicherungssystem sind nur die Gesundheitskosten versichert, die von dieser Organisation übernommen werden. Die Erstattungen von APRIL International erfolgen nach Abzug der von einer der oben genannten Organisationen geleisteten Erstattungen und im Rahmen der Höchstbeträge Ihrer Versicherungsleistungen. Diese Höchstbeträge werden mit der Beteiligung Ihres französischen Grundversicherungssystems (französische Sozialversicherung oder gleichwertiges französisches System), der CFE oder der CNS ausgedrückt.

Wir agieren als Krankenvollversicherung nur für besondere Bestimmungen, die nicht von dieser Grundorganisation übernommen werden, aber in der Leistungsübersicht (siehe Anhang 1) vorgesehen sind:

- › Einzelzimmer,
- › Begleitbett für ein Kind unter 18 Jahren,
- › Konsultationen bei Psychotherapeuten,
- › Alternative Medizin: Osteopathie, Chiropraktik, Ergotherapie, Psychomotorik, Behandlung durch Ätiopathen, Homöopathen, Akupunkteure, Phytotherapeuten und durch traditionelle chinesische Medizin.
- › Konsultationen von Logopäden,
- › Konsultationen von Diätassistenten,
- › die Pauschale für Selbstmedikation,

- › die Telekonsultation,
- › bestimmte zahnärztliche Behandlungen (z. B. Implantate),
- › Kontaktlinsen, die nicht von der CFE übernommen werden.

Die Kosten werden für jede einzelne Anwendung gemäß dem gewählten Tarif, den Leistungsbausteinen und den Erstattungshöhe 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 Ihren persönlichen Bedürfnissen und Anforderungen 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 Leistungsbausteinen 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/Zahnmedizin

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 + Schwangerschaftsleistungen

Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung + Ambulante Heilbehandlung + Schwangerschaftsleistungen + Sehhilfen/Zahnmedizin

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

Der vom *Versicherungsnehmer* gewählte Tarif, die Versicherungsleistungen und die Optionen zur *Beitragsersparnis* (*Selbstbehalt* oder prozentuale Erstattungshöhe) gehen aus der *Versicherungsbescheinigung* hervor.

Deckungssummen:

Der kumulierte Betrag der vom Versicherer geleisteten Erstattungen ist bei den Tarifen Emergency, Basic und Essential in allen Versicherungszonen begrenzt. Für die Tarife Comfort und Premium werden die jährlichen Höchstdeckungssummen nur in den Zonen 0 und 1 angewendet (siehe Absatz 2.2).

Die Erstattungshöchstbeträge der einzelnen medizinischen Verfahren gelten pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr in der Höhe, die in der Leistungsübersicht für den jeweiligen Tarif angegeben ist (siehe Anhang 1).

Bei Abschluss der Zusatzversicherung in Ergänzung der *CFE*, der *CNS* oder der französischen Sozialversicherung:

Jede Entschädigung oder Leistung gleicher Art, die von der *CFE*, der *CNS* oder der französischen Sozialversicherung (oder einem gleichwertigen französischen System) oder jeder öffentlichen oder privaten Einrichtung in Frankreich und im Ausland übernommen wird, wird von der vom Versicherer geleisteten Erstattung abgezogen.

Funktionsweise der Selbstbehalte:

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* entschieden haben, gehen sämtliche Kosten bis zur Höhe des gewählten *Selbstbehaltes* zu Ihren Lasten. Der *Selbstbehalt* gilt je Versicherungsjahr und je Versicherten für alle gewählten Krankenversicherungsleistungen.

Um den Betrag der bereits verbrauchten Selbstbeteiligung berechnen zu können, bitten wir Sie, uns systematisch die Rechnungen für alle angefallenen Gesundheitskosten zuzusenden. Bei der Berechnung des Betrags der verbrauchten Selbstbeteiligung berücksichtigen wir den in der Leistungsübersicht angegebene Deckungssumme für die jeweilige durchgeführte Anwendung, in Anhängigkeit mit dem von Ihnen gewählten Tarif. Wenn die durchgeführte medizinische Anwendung aus Ihrer Versicherung ausgeschlossen ist, werden die entsprechenden Ausgaben nicht berücksichtigt.

Bei Auswahl eines *Selbstbehaltes*, können Sie nicht die Caremark-Karte (Drittzahler-Karte für Apothekenleistungen) in Anspruch nehmen.

Funktionsweise der optionalen Erstattungshöhen zu 80% und 90% der tatsächlichen Kosten:

Die Leistungsbausteine "Ambulante Heilbehandlung", "Schwangerschaftsleistungen" und "Sehhilfen/Zahnmedizin" werden mit einer Erstattungshöhe zu 100% der *tatsächlichen Kosten* im Rahmen einer Krankenvollversicherung angeboten. Allerdings besteht für Sie bei Vertragsabschluss die Möglichkeit eine Erstattungshöhe von 90% oder 80% der *tatsächlichen Kosten* für diese Leistungsbausteine auszuwählen (die Erstattungshöhe des Leistungsbausteines „Stationäre Heilbehandlungen“ bleibt

jedoch bei 100% der *tatsächlichen Kosten* und die einzelnen Deckungssummen bleiben unverändert, unabhängig des ausgewählten Prozentsatzes der Erstattungshöhe).

7.1.2. WAS IST BEI EINER STATIONÄREN HEILBEHANDLUNG IM KRANKENHAUSAUFENTHALT ZU TUN?

Jede stationäre Heilbehandlung im Krankenhausauf (inkl. Schwangerschaftsleistungen) unterliegt einer vorherigen Kostenzusage.

Um diese *vorherige Kostenzusage* zu erhalten, müssen Sie spätestens 5 Tage vor Ihrer Krankenhauseinweisung das Formular „*Vertrauliche medizinische Bescheinigung*“ von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen lassen.

Bei einer *notfallbedingten* Krankenhauseinweisung kontaktieren Sie uns bitte so schnell wie möglich, damit wir Ihnen dieses Formular übermitteln können.

Dieses Formular, aus dem der Grund für Ihrer *stationären Heilbehandlung*, der Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes und die Art der Erkrankung sowie der Zeitpunkt des Auftretens der ersten *Symptome* bzw. die Umstände des *Unfalles* hervorgehen (wobei bei einem *Unfall* der *Unfallbericht* als Nachweis beizufügen ist), muss mit allen anderen medizinischen Unterlagen, die zur Beurteilung Ihres Falles sachdienlich sind, an unseren Vertrauensarzt gesandt werden:

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

7.1.3. WIE KANN ICH VOR BEGINN BESTIMMTER BEHANDLUNGEN EINE KOSTENZUSAGE EINHOLEN?

Alle medizinischen Ausgaben in Höhe von 2.000 €/US\$ oder mehr bedürfen der vorherigen Kostenzusage unseres Vertrauensarztes (gültig für 6 Monate). Bevor Sie diese Ausgaben tätigen, müssen Sie daher von dem Arzt, der die Behandlung verschreibt, einen *Antrag auf vorherige Kostenzusage* mit einem detaillierten Kostenvoranschlag ausfüllen lassen.

Bei einer Schwangerschaft übermitteln Sie uns bitte einen Nachweis über diese Schwangerschaft.

Wenn diese Formalität der vorherigen Kostenzusage nicht eingehalten wird, wird **eine Selbstbeteiligung in Höhe von 50 %** von der Erstattung Ihrer Rechnung einbehalten (außer bei Unfällen oder medizinischen Notfällen).

7.1.4. BEDINGUNGEN FÜR DAS EINREICHEN EINES LEISTUNGSANTRAGES?

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

In jedem Fall fügen Sie Ihren Leistungsanträgen systematisch folgende Dokumente bei:

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

Wenn in dem Land, in dem Sie sich befinden, keine Zweibettzimmer verfügbar sind:

Für die Tarife Emergency und Basic: Im Fall eines *medizinischen Notfalls* oder eines *Unfalls*, der eine Verlegung in eine Einrichtung mit Mehrbettzimmern nicht zulässt, übernehmen wir die Kosten für ein Standard-Einzelzimmer (entsprechend den *angemessenen und ortsüblichen Kosten*). Im Falle eines geplanten Krankenhausaufenthaltes werden wir die Kosten für ein Einzelzimmer nicht übernehmen.

Wir behalten uns das Recht vor, weitere Belege anzufordern, die uns notwendig erscheinen, um sicherzustellen, dass Ihre Behandlung im Rahmen des vorliegenden Vertrages versichert ist.

Wenn Sie mit der Höhe der Erstattung bzw. der Kostenübernahme nicht einverstanden sind, benachrichtigen Sie uns bitte innerhalb von 6 Monaten nach dem Datum der Abrechnung.

Eine Erstattung ist nur möglich, wenn die in Absatz 7.1 genannten Obliegenheiten eingehalten werden.

7.2 ASSISTANCE-VERSICHERUNG

Wir bieten zwei Tarife zur Auswahl:

- › Basis-Assistance-Versicherung: in Ihrer Krankenversicherung automatisch enthalten
- › Umfassende Assistance-Versicherung: optionaler Leistungsbaustein.

Wie können Sie die Leistungen der Assistance-Versicherung in Anspruch nehmen?

Um die nachfolgend genannten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie unbedingt das **vorherige Einverständnis von Europ Assistance** einholen.

ANWENDUNGSBEDINGUNGEN

Europ Assistance greift erst dann medizinisch ein, wenn die Organisation der ersten Hilfe von einer zuständigen medizinischen Behörde beschlossen wurde.

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-VERSICHERUNG

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

KRANKENRÜCKTRANSPORT

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

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

RÜCKTRANSPORT DER ANDEREN BEGÜNSTIGTEN BEI KRANKENRÜCKTRANSPORT DES VERSICHERTEN

Bei einem Krankenrücktransport des *Versicherten* organisiert 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**;
- > die Kostenübernahme für die Gesamtleistung ist auf **500 €/US\$** begrenzt.

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 Monats 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 beansprucht werden, wenn der *Versicherte* im Augenblick seines Todes sich allein, ohne familiäre Begleitung, in seinem *Zielland* 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.

REISE-ASSISTANCE

Wenn *Sie* sich im *Ausland* befinden und dort Ihre persönlichen Sachen (Personaldokumente, Zahlungsmittel, *Gepäck*) oder Ihre Reiseunterlagen verlieren oder diese gestohlen wurden, unternimmt 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, ANNULLIERUNG 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 Ersatztransportmittel innerhalb einer Frist von **Sechs (6) Stunden angeboten wird**,

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

VERPASSEN EINER FLUGVERBINDUNG

Wenn der *Versicherte* den Abflug der Flugverbindung eines Linienfluges aufgrund einer Verspätung des vorhergehenden Linienfluges, 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 genommene Aufenthaltskosten (Beherbergungskosten, Transport nicht inbegriffen) im Fall einer vorzeitigen, vom Assistance-Unternehmen organisierten Rückkehr des *Versicherten* in das *Land seiner Staatsangehörigkeit* aufgrund eines Krankenrücktransportes, zeitanteilig zu erstatten.

Der Höchstbetrag der Entschädigung beläuft sich auf 250 € 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 *Ziellandes* 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 14 Nächten.**

Die Versicherungsleistung ist erst ab Feststellung des Tatbestandes der *höheren Gewalt* durch die zuständigen Behörden des Landes, in dem *Sie* sich zeitweise aufhalten, und nach vorheriger Genehmigung durch den Versicherer wirksam. Für ohne *vorherige Kostenzusage* 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.

Deckungssumme der Versicherungsleistung

Der Versicherer versichert das persönliche *Gepäck* bis zu **1.000 €/US\$**.

Wie kann ich die Leistungen in Anspruch nehmen?

Der *Schadensfall* muss dem Versicherer schriftlich innerhalb von fünf Werktagen nach dem Schaden über die Website <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx> angezeigt werden. Nach Ablauf dieser Frist kann der Versicherer von seinem Recht auf Leistungsverweigerung Gebrauch machen. Der Versicherer wird von Ihnen eine Liste mit den entsprechenden Belegen anfordern.

MISSBRÄUCLICHE 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 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 Belegen. **Diese Leistung ist auf einen Schadensfall pro Versicherungsjahr und Versicherten begrenzt.**

Abnutzung:

- › Zwanzig Prozent (20 %) im ersten Jahr (ab dem Kauftag)
- › Vierzig Prozent (40 %) während des zweiten Jahres
- › Keine Rückerstattung nach dem zweiten Jahr.

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

VORZEITIGE RÜCKREISE BEI ABLEBEN ODER KRANKENHAUSAUFENTHALT 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 Krankenseinweisung 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, vor jeder Beanspruchung ihrer Leistung die Realität des garantierten Ereignisses zu überprüfen (Krankenhausbericht, Sterbeurkunde...). Diese Versicherungsleistung kann nur einmal pro Versicherungsjahr für ein und dasselbe auslösende Ereignis in Anspruch genommen werden. Ein auslösendes Ereignis ist das Ereignis, das die Inanspruchnahme der Versicherungsleistung bewirkt. Für diese Versicherungsleistung bedeutet dies, dass ein und dieselbe *Krankheit* nicht zu mehreren vorzeitigen Rückreisen innerhalb eines Versicherungsjahres führen kann.

Um diese Leistung nutzen zu können, müssen Sie unbedingt Kontakt mit Europ Assistance aufnehmen, um die vorherige Kostenzusage 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.

7.2.3 PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG

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

Die Leistung wird telefonisch erbracht. Nach einem einfachen Anruf wird ein Termin nach Vereinbarung mit einem Psychologen des Assistenten vereinbart, der zurückruft, um die Maßnahme einzuleiten. Bei Bedarf kann der Anrufer direkt mit einem Psychologen verbunden werden, sofern einer der Psychologen des Teams des Assistenten tatsächlich verfügbar ist. Die Gespräche werden vertraulich und unter Einhaltung der geltenden berufsethischen Regeln geführt. **Die angebotene Begleitung ist auf maximal drei (3) Gespräche begrenzt.**

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

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

7.3. PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

GEGENSTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

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

DECKUNGSSUMMEN 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.**

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

Wie kann ich diese Versicherungsleistung in Anspruch nehmen?

Sie müssen dem Versicherer jeden Schadensfall, der zu einer Inanspruchnahme der Versicherungsleistung führen könnte, sobald Sie davon Kenntnis haben und **spätestens innerhalb von 15 Tagen 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

Die Vorsorgeleistungen sind unter bestimmten Bedingungen unabhängig von der Krankenversicherung verfügbar.

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 er/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* bei Vertragsabschluss 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 Unfalltod

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 zu melden, indem dem Versicherer vermittels APRIL International über uns die für die Regulierung erforderlichen Originalbelege zugesandt werden, insbesondere:

- einen 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 einen *Unfalltod* handelt;
- einen Bericht der Polizei oder jeder anderen zuständigen Behörde bei *Unfalltod*;
- ggf. jedes Dokument, aus dem der Grund und die Umstände des *Unfalles* hervorgehen, der Tod geführt hat.
- jedes Dokument, das die Identität des/der *Begünstigten* belegt.

Wir behalten uns das Recht vor, alle zusätzlichen Belege zu verlangen, die für die Anwendung der Versicherungsleistung erforderlich sind.

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 *Begünstigten* 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 *unfallbedingter* 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 Moyens des Emprunts de l'Etat français), berechnet zum 1. November des Vorjahres.
- › dem letzten Durchschnittssatzes französischer Staatsanleihen (TME – Taux Moyens 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. VERSICHERUNGSLEISTUNG IM TODESFALL IHRES *LEBENSPARTNERS*, DER GLEICHZEITIG ODER NACH IHREM TOD EINTRITT (DOPPELEFFEKT)

a) Definition der Versicherungsleistung

Wenn Ihr *Lebenspartner* vor dem Alter von 65 Jahren stirbt, unabhängig davon, ob dieses Ereignis gleichzeitig (innerhalb von 24 Stunden vor oder nach Ihrem Tod) oder nach Ihrem Tod (innerhalb von 6 Monaten nach Ihrem Tod) eintritt, wird ein Kapital an den oder die benannten *Begünstigten* oder, falls diese nicht vorhanden sind, an die von Rechts wegen *Begünstigten* gezahlt.

Die Höhe dieses Kapitals ist auf 50% des Kapitals festgelegt, das in Absatz 7.4.1, Buchstabe b) definiert und beim Tod Ihres *Lebenspartners* ausgezahlt wurde.

Die Zahlung der fälligen Beträge erfolgt gemäß den in Absatz 7.4.1 festgelegten Bedingungen.

Zuweisung des Kapitalgewinns: Das garantierte Kapital steht dem/den benannten *Begünstigten* oder bei dessen/deren Fehlen den rechtmäßigen *Begünstigten* zu.

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

Die für die Auszahlung erforderlichen Belege umfassen insbesondere:

- einen 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 einen *Unfalltod* handelt;
- einen Bericht der Polizei oder jeder anderen zuständigen Behörde bei *Unfalltod*;
- jedes Dokument, das die Identität des/der *Begünstigten* belegt.

Wir behalten uns das Recht vor, alle zusätzlichen Belege zu verlangen, die für die Anwendung der Versicherungsleistung erforderlich sind.

7.4.3. VERSICHERUNGSLEISTUNG BEI VOLLSTÄNDIGER UND UNWIDERRUFLICHER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

a) Definition der Versicherungsleistung

Vollständiger und unumkehrbarer Verlust der Selbstständigkeit: Ihre vollständige und unumkehrbare Unfähigkeit aufgrund einer ärztlich festgestellten und vom Versicherer anerkannten Krankheit oder eines versicherten Unfalls, eine Arbeit oder Beschäftigung auszuüben, die Ihnen Gewinn oder Profit einbringen kann und die die Hilfe einer dritten Person erfordert, um alle gewöhnlichen Lebensverrichtungen (sich waschen, sich kleiden, sich ernähren, sich fortbewegen) auszuführen. Der vollständige und unumkehrbare Verlust der Selbstständigkeit muss vor Ihrem 65. Geburtstag festgestellt werden.

Der Zustand der absoluten und endgültigen Invalidität wird von unserem Vertrauensarzt unabhängig von den Entscheidungen des sozialen Grundsystems, von dem die versicherte Person eventuell abhängig ist, beurteilt.

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 Sterbekapitalversicherung.

d) 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 vermittelt APRIL International der für die Zahlung notwendigen Belege zu erbringen, insbesondere:

- eine detaillierte Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Art der Krankheit oder des Unfalls, die vertraulich an unseren Vertrauensarzt weitergeleitet wird;
- jeder Beweis, der die Notwendigkeit der Hilfe einer Drittperson belegt, wie z. B. der Bescheid über die Zuerkennung einer Invaliditätsrente durch ein soziales Grundsystem, die die Hilfe einer Drittperson erfordert;
- 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.

Wir behalten uns das Recht vor, alle zusätzlichen Belege zu verlangen, die für die Anwendung der Versicherungsleistung erforderlich sind.

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,

Zu diesem Zweck müssen unsere Ärzte, Agenten oder Delegierten die Möglichkeit haben, Sie zu besuchen, und Sie verpflichten sich, sie zu empfangen und sie loyal über Ihren Zustand zu informieren. **Wenn Sie sich den ärztlichen Besuchen und/oder Untersuchungen widersetzen, sind wir berechtigt, die Zahlung der Leistungen von Rechts wegen auszusetzen.**

Sie können sich, wenn Sie dies wünschen, auf eigene Kosten von einem Arzt Ihrer Wahl unterstützen lassen.

Im Falle einer Meinungsverschiedenheit zwischen Ihrem Arzt und dem Arzt des Versicherers über den vollständigen und unumkehrbaren Verlust der Selbstständigkeit können Sie und der Versicherer gemeinsam einen dritten Arzt auswählen, um zwischen ihnen zu entscheiden, und wenn keine Einigung über die Wahl erzielt wird, wird die Ernennung durch das Gericht in Paris vorgenommen.

Sie erklären, dass Sie sich der Rechtsprechung der Gerichte von Paris unterwerfen und auf Verfahren in anderen Ländern verzichten.

Das Honorar für das Schiedsverfahren wird zwischen Ihnen und dem Versicherer hälftig geteilt.

Art 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.

7.4.4. BEFREIUNG VON DER BEITRAGSZAHLUNG – FORTBESTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES BEI ARBEITSUNTERBRECHUNG AUS MEDIZINISCHEM GRUND

Wenn Sie infolge einer Krankheit oder eines Unfalls, der vor Ihrem 65. Geburtstag eingetreten ist, vollständig arbeitsunfähig sind, haben Sie weiterhin Anspruch auf die im Rahmen der Vertragsbedingungen abgeschlossenen Leistungen:

- **unter der Voraussetzung, dass die Beiträge weiterhin gezahlt werden**, solange Sie nicht von den Bestimmungen über die Befreiung von der Beitragszahlung profitieren, die im nachstehenden Absatz a) vorgesehen sind,
- **ohne Gegenleistung für die Beitragszahlung**, ab dem Zeitpunkt der Anwendung der Bestimmungen gemäß Absatz a)

a) Bestimmung der Versicherungsleistung

Im Falle einer vollständigen Arbeitsunterbrechung infolge einer Krankheit oder eines Unfalls, die/der vor Ihrem 65. Geburtstag eintritt, werden die Beiträge für die abgeschlossenen Leistungen (außer Assistance- und Privathaftpflichtversicherung) nicht mehr fällig:

> Wenn Sie die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen haben (Artikel 7.5): ab dem Zeitpunkt der Auszahlung der Leistungen, die im Rahmen dieser Leistungen bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit vorgesehen sind, und für die gesamte Dauer der Auszahlung, jedoch frühestens ab dem 31. oder 61. Tag der vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit, je nach der gewählten Selbstbeteiligungsoption.

b) Aufrechterhaltung der Versicherungsleistung

Solange der Versicherungsnehmer von der Zahlung der Beiträge gemäß den Bedingungen des vorstehenden Absatzes a)

befreit ist, bleiben die für den Todesfall und den vollständigen und unumkehrbaren Verlust der Selbstständigkeit gewährten Versicherungsleistungen zu den in den entsprechenden Absätzen vorgesehenen Bedingungen erhalten.

Diese Bestimmungen gelten nur im Falle einer Arbeitsunterbrechung infolge einer Krankheit oder eines Unfalls, die/der sich ab dem Datum des Inkrafttretens des Vertrages ereignet hat.

c) Meldung und Nachweis des Arbeitsausfalls

Sie sind für den Nachweis des Arbeitsausfalls verantwortlich und müssen uns diesen innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum Ihres Arbeitsausfalls schriftlich melden. Nach Ablauf der Frist gemeldete Arbeitsunterbrechungen führen nicht zu einer Befreiung von der Beitragszahlung für den Zeitraum vor der Meldung.

Dieser Meldung, die vertraulich an unseren Vertrauensarzt zu übermitteln ist, müssen die im nachfolgenden Absatz 7.5.5 vorgesehenen Unterlagen beigelegt werden. Wenn Sie den Versicherungsschutz bei Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen haben, sind die im Rahmen dieses Versicherungsschutzes eingereichten Unterlagen ausreichend.

Wir behalten uns das Recht vor, zusätzliche Belege anzufordern, die für die Anwendung der Versicherungsleistung erforderlich sind.

Im Falle einer Wiederaufnahme der Arbeit müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren

d) Anerkennung und Kontrolle des Zustands der Arbeitsunterbrechung

Wir behalten uns ausdrücklich das Recht vor, Ihren Zustand der Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität zu beurteilen, anzuerkennen und zu kontrollieren. Zu diesem Zweck gelten die Bestimmungen des nachfolgenden Absatzes 7.5 im Rahmen der vorliegenden Versicherungsleistung.

e) Dauer und Beendigung der Leistungserhaltung

Die Aufrechterhaltung der Versicherungsleistung wird gewährt, solange die Arbeitsunfähigkeit, die den Anspruch auf die Befreiung begründet, andauert.

Sie endet mit der Wiederaufnahme oder der ärztlich festgestellten Fähigkeit zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit, unabhängig von der Art dieser Tätigkeit. Sie endet außerdem spätestens an Ihrem 65. Geburtstag.

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 DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Gegenstand dieser Versicherung ist die Zahlung eines Tagegeldes oder einer Jahresrente im Falle einer dauerhaften Invalidität von 33 % oder mehr, die auf eine Krankheit oder einen Unfall zurückzuführen ist.

Diese Leistungen werden Ihnen unter der Bedingung gezahlt, dass der Versicherer Sie als vorübergehend arbeitsunfähig oder dauerhaft arbeitsunfähig anerkennt, wie im nachfolgenden Absatz 7.5.2 definiert.

Der Zustand der vorübergehenden Unfähigkeit oder der dauerhaften Invalidität wird von unserem Vertrauensarzt unabhängig von den Entscheidungen Ihres sozialen Grundsystems, dem Sie gegebenenfalls unterliegen, beurteilt.

7.5.2. DEFINITIONEN

Unter vollständiger Arbeitsunfähigkeit ist eine vorübergehende vollständige Unfähigkeit infolge einer Krankheit oder eines Unfalls zu verstehen, die Sie vorübergehend in die medizinisch festgestellte und vom Versicherer anerkannte vollständige physische Unfähigkeit versetzt, irgendeine berufliche Tätigkeit auszuüben.

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 unfallbedingten 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 *Beitragsaufruf* 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) Dauerhafte Invalidität (Erwerbsunfähigkeit)

Ihre dauerhafte Invalidität bzw. 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 wird durch ein medizinisches Gutachten beurteilt (kontradiktorisches Gutachten Ihres behandelnden Arztes und unseres Arztes sowie im Bedarfsfall des Arztes eines dritten Schiedsrichters). Damit der vom Versicherer beauftragte medizinische Gutachter den Grad der körperlichen oder geistigen Funktions- und Berufsunfähigkeit bestimmen kann, muss sich Ihr Gesundheitszustand zunächst verfestigen.

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.

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

7.5.4. GEMEINSAME BESTIMMUNGEN FÜR DIE BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT VORGESEHENEN VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

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 von Rechts wegen aufzuschieben oder 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 zwischen ihnen entscheidet, und wenn keine Einigung über die Auswahl erzielt wird, wird die Bestimmung durch das Gericht in Paris vorgenommen. **Sie erklären, sich der Rechtsprechung der Pariser Gerichte zu unterwerfen und verzichten auf jedwedes Verfahren in jedem anderen Land.**

Das Honorar für das Schiedsverfahren wird zwischen Ihnen und dem Versicherungsträger hälftig geteilt.

In jedem Fall kann die Leistungserbringung je nach Entwicklung Ihres Gesundheitszustands eingestellt werden.

b) Zahlung der Leistungen

Zeitweilige Arbeitsunfähigkeit: Das Tagegeld, auf das tageweise Anspruch besteht, ist monatlich nachträglich zu zahlen, 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.**

Wenn Ihr Vertrag nicht mehr in Kraft ist, wird der Rückfall nicht übernommen.

d) Neubewertung der Leistungen

Die bei Arbeitsunterbrechung gezahlten Tagegelder und Jahresrenten werden ab dem 366. Tag, der dem Datum der Arbeitsunterbrechung folgt, jährlich zum selben Datum neu bewertet.

Am Datum der Jährung des Vertrages werden sie um 2 % aufgewertet. Der Versicherer behält sich jedoch das Recht vor, diesen Prozentsatz je nach Verfügbarkeit seines Aufwertungsfonds zu ändern. Diese Aufwertung wird im Falle einer Kündigung des Vertrags auf dem erreichten Niveau beibehalten.

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, das vertraulich an unseren Vertrauensarzt weitergeleitet wird und in dem das Datum der Arbeitsunterbrechung und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Art der Krankheit oder des Unfalls angegeben sind;
- ein Nachweis, dass eine bezahlte Berufstätigkeit ausgeübt wird;
- Für Versicherte als Arbeitnehmer: eine Schadensmeldung Ihres Arbeitgebers und eine Bescheinigung über das Bruttogehalt der letzten 12 Monate, einschließlich der erhaltenen Prämien und Boni, sowie die Kontaktdaten Ihres Arbeitgebers;
- für Versicherte als Selbstständige: eine Kopie der Einkommensteuererklärung für das vorangegangene Jahr. Der Versicherer behält sich das Recht vor, zusätzliche Belege anzufordern;
- Für die Versicherten in Ergänzung der *CFE* oder der gesetzlichen französischen Sozialversicherung, einen Nachweis der Kostenübernahme durch die entsprechende Basisversicherung.

Es wird darauf hingewiesen, dass wir uns das Recht vorbehalten, zusätzliche Belege anzufordern, die für die Zahlung der Leistungen erforderlich sind.

Für Arbeitsunterbrechungen aus medizinischem Grund, die nach dieser Frist angemeldet werden, wird für den Zeitraum vor der Meldung keine Zahlung geleistet. Sobald die Arbeitsunterbrechung endet, müssen Sie dem Versicherer vermittels APRIL International 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 AUS IHREM VERTRAG AUSGESCHLOSSEN IST

8.1. AUSSCHLÜSSE FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNG

Zusätzlich zu den *Ausschlüssen*, die unter nachfolgendem Punkt 8.5 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 Ausgaben, die medizinisch nicht notwendig sind;
- › Behandlungen, die von den *medizinischen Behörden* des Landes, in denen sie stattfinden, nicht anerkannt sind.
- › alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, die nicht von einer qualifizierten *medizinischen Behörde* verordnet wurden;
- › bei *Versicherten* in Ergänzung der *CFE* der gesetzlichen französischen Sozialversicherung oder der *CNS*, alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, die nicht von der 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, Diagnostiktests 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 in der Leistungsübersicht genannten Methoden);
- › Kosten für Parapharmazie, kosmetische Behandlungen, Hygieneprodukte, Sonnen- und/oder Feuchtigkeitscremes, Make-up-Produkte, Wellnessbehandlungen, Vitamine und Mineralstoffe (außer Eisen, Folsäure und Vitamin D auf ärztliche Verschreibung bei nachgewiesenem Mangel), Nahrungsergänzungsmittel, diätetische Produkte, 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 in 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;

8.2. AUSSCHLÜSSE FÜR DIE ASSISTANCE-VERSICHERUNG (BASIS UND UMFASSEND)

Zusätzlich zu 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):

- › alle Beteiligungen und/oder Erstattungen im Zusammenhang mit medizinischen Untersuchungen, Check-ups,

- Screenings zu präventiven Zwecken;
- > leichte *Erkrankungen* oder Verletzungen, die vor Ort behandelt werden können und den Versicherten nicht an der Fortsetzung seines Auslandsaufenthaltes hindern;
- > *Rekonvaleszenz, Krankheiten*, die sich in Behandlung befinden und noch nicht konsolidiert sind und/oder eine geplante Nachbehandlung erfordern;
- > *Erkrankungen*, die bereits vor der Abreise bestanden und bei denen die Gefahr einer Verschlimmerung oder eines Rückfalles besteht;
- > *Erkrankungen*, die in den 6 Monaten vor der Abreise zu einem Krankenhausaufenthalt geführt haben;
- > eventuelle Nachbehandlungen (Kontrolle, zusätzliche Behandlungen, Rückfälle) einer Erkrankung, die Anlass zu einem Krankenrücktransport gegeben hat;
- > Schwangerschaften, ausgenommen bei unvorhersehbaren Komplikationen, 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;
- > Schönheitschirurgische Eingriffe;
- > Alkoholkonsum und seine Folgen gemäß der geltenden Gesetzgebung des Landes, in dem der Schaden eingetreten ist;
- > Reisen, die zu Diagnose- und/oder Behandlungszwecken unternommen werden;
- > Folgen von fehlenden, unmöglichen oder nachfolgenden Impfungen oder Behandlungen, die durch eine Reise oder einen Umzug notwendig oder auferlegt werden;
- > angeborene *Krankheiten* oder Missbildungen.

Nicht übernommen werden:

- > medizinische Kosten;
- > Kuren, Aufenthalte in Erholungsheimen und Rehabilitationskosten;
- > Kosten für Verhütungsmittel und Sterilitätsbehandlungen;
- > Kosten für Brillen und Kontaktlinsen;
- > Ästhetische, zahnärztliche und akustische Prothesen;
- > 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 neuropsychiatrischen 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;

Von der Versicherungsleistung bzgl. Such- und Rettungskosten sind ausgeschlossen:

- > Such- und Rettungskosten, die sich aus der Nichtbeachtung der von den Betreibern des Ortes erlassenen Vorsichtsregeln und/oder der gesetzlichen Bestimmungen für die vom *Versicherten* ausgeübte Aktivität ergeben;
- > Such- und Rettungskosten, die durch die Ausübung eines Berufssports, die Teilnahme an einer Expedition oder einem Wettkampf entstehen, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart wurde.

Spezifische Ausschlüsse für die Versicherungsleistung Verlust, Beschädigung oder Zerstörung des persönlichen Gepäcks:

- > Zahn-, Seh- und sonstige Prothesen, Brillen, Kontaktlinsen;
- > Bargeld, Personaldokumente, Geschäftsunterlagen, behördliche Unterlagen, Reiseschecks, Kreditkarten, Flugtickets, 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 Beschlagnahmung, Pfändung oder Vernichtung auf Anweisung einer Behörde;
- > Wertgegenstände, Schmuck und Pelze;
- > Schlüssel und alle anderen ähnlichen Gegenstände (z. B. Magnetkarten oder -ausweise);
- > *Gepäck* und Gegenstände, die vom *Versicherten* nicht beaufsichtigt wurden;
- > Mobiltelefone;
- > Computerausrüstung, audio-visuelle Geräte, Fotoapparate, Video- oder HIFI-Geräte, die den Beförderungsunternehmen anvertraut wurden;
- > Kosten, die von einem anderen Versicherungsvertrag übernommen werden können bzw. für die der Versicherte eine Entschädigung erhalten hat.

Europ Assistance kann unter den nachstehend aufgeführten Umständen nicht eingreifen:

- › Europ Assistance kann nur im Rahmen der von den örtlichen Behörden erteilten Genehmigungen tätig werden;
- › Europ Assistance kann in keinem Fall an die Stelle der lokalen Nothilfeorganisationen treten oder die so entstandenen Kosten übernehmen;
Europ Assistance haftet nicht für Versäumnisse oder Verzögerungen bei der Erfüllung der Verpflichtungen, die auf *höhere Gewalt* oder Ereignisse wie Aufruhr, Bürgerkrieg, ausländischer Krieg, Volksbewegung, Revolution, Streik, Beschlagnahme oder Zwang durch die öffentliche Gewalt, offizielles Verbot, Piraterie, Explosion eines Geräts, nukleare oder radioaktive Wirkung, klimatische Hindernisse zurückzuführen sind;
- › Europ Assistance ist nicht verpflichtet, in Fällen einzugreifen, in denen die versicherte Person vorsätzlich Verstöße gegen die geltenden Gesetze der Länder begangen hat, durch die sie reist oder in denen sie sich als entsandte oder entsandte Person aufhält;
- › Ereignisse, die aufgrund der Teilnahme des Versicherten als Teilnehmer an Sportwettkämpfen, Wetten, Matches, Wettbewerben, Rallies oder anderen Vorbereitungstests eingetreten sind.

8.3. AUSSCHLÜSSE FÜR DIE PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG:

Zusätzlich zu den *Ausschlüssen*, die für alle Versicherungen gelten und die unter nachfolgendem Punkt 8.5 aufgeführt sind, sind aus dieser Versicherung ausgeschlossen:

- › Schäden, die sich aus der Ausübung irgendeiner beruflichen Tätigkeit oder aus der Ausübung von Funktionen im Rahmen von Wahlämtern ergeben;
- › das Führen von motorisierten oder von Tieren gezogenen Fahrzeugen;
- › die Folgen aller materiellen oder körperlichen Schäden, die der Versicherte erleidet;
Sachschäden, die durch Brand, Explosion oder Wasserschäden verursacht wurden, die in Gebäuden oder Räumlichkeiten entstanden oder aufgetreten sind, deren Eigentümer oder Mieter der Versicherte ist oder die ihm in irgendeiner Form zur privaten Nutzung zur Verfügung stehen;
- › anormale Nachbarschaftsstörungen (Belästigungen);
- › Schäden, die durch Asbest (einschließlich Asbestfasern oder -staub), Blei (einschließlich bleihaltiger Partikel), Schimmelpilzgifte oder Pilzkontaminationen und Verschmutzungsschäden in den USA/Kanada verursacht werden;
- › Schäden, die bei der Benutzung von Kraftfahrzeugen, Motorfahrzeugen, Segel- oder Motorbooten, Luftfahrzeugen oder Reittieren entstehen, die im Eigentum des Versicherten oder der Personen, für die er zivilrechtlich haftet, stehen, von ihnen gefahren werden oder in ihrer Obhut sind;
- › *Sachschäden*, die durch Brand, Explosion oder Wasserschäden entstehen, wenn sie sich in den Räumlichkeiten ereignen, deren Eigentümer, Bewohner oder Mieter der Versicherte ist, wobei jedoch solche Schäden gedeckt bleiben, die sich in einem Hotelzimmer ereignen, das der Versicherte (oder sein Arbeitgeber) für eine Dauer von weniger als 30 aufeinanderfolgenden Tagen gemietet hat, und zwar unter der ausdrücklichen Bedingung, dass der Versicherte dort nicht seinen Wohnsitz nimmt;
- › Nicht aufeinanderfolgende immaterielle Schäden;
- › alle Folgen von vertraglichen Verpflichtungen, die der Versicherte eingegangen ist, sofern die sich daraus ergebenden Verpflichtungen über die Verpflichtungen hinausgehen, zu denen er nach dem allgemeinen Recht verpflichtet wäre;
- › Gerichtliche Entschädigungen mit Strafcharakter, die üblicherweise unter der Bezeichnung "Punitive" oder "Exemplary Damages" bekannt sind und allgemein als Entschädigungen definiert werden, die den Ersatz des tatsächlichen Schadens ergänzen und die den Opfern von den Gerichten in den USA oder Kanada zugesprochen werden können, wenn sie der Ansicht sind, dass der Schadensverursacher sich "antisozial" oder "mehr als fahrlässig" verhalten hat oder "in bewusster Verkennung der Folgen";
- › Folgen, die sich aus jeder neuropsychischen, psychologischen oder psychosomatischen Störung ergeben, aus jeder Manifestation, die eine neuropsychiatrische Behandlung rechtfertigt, und insbesondere aus Nervenzusammenbrüchen oder Angstzuständen.

Ebenfalls ausgeschlossen sind Schäden:

- › an Sachen, einschließlich Tieren, die der Versicherte fährt, verwahrt oder nutzt, auch wenn sie ihm im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit anvertraut wurden;
- › die sich aus einer beruflichen oder entgeltlichen Tätigkeit des Versicherten sowie aus öffentlichen oder gewerkschaftlichen Ämtern ergeben;
- › infolge der Teilnahme des Versicherten an einem *Terror- oder Sabotageakt*, *einem Attentat*, einem Aufstand oder einer Volksbewegung;
- › infolge einer nicht *unfallbedingten* Umweltverschmutzung;
- › die durch Güter, Gegenstände, Produkte oder Tiere verursacht werden, die der Versicherte verkauft hat;
- › durch Pferde oder andere Einhufer, durch Hunde der Kategorie 1 oder 2, wie in Artikel 211-1 des „Code Rural“ (frz. Landwirtschaftskodex) definiert, durch Wildtiere verursacht werden;
- › alle finanziellen Folgen der zivilrechtlichen Haftung, die dem Versicherten in seiner Eigenschaft als Arbeitgeber aufgrund eines *Arbeitsunfalls* oder einer *Berufskrankheit* obliegt, die einen seiner Angestellten bei der Ausübung seiner Tätigkeit trifft;

- › Schäden, die sich aus dem Sozialmanagement des Versicherten gegenüber seinen Angestellten oder ehemaligen Angestellten, den Einstellungsbewerbern, ihren Rechtsnachfolgern und den Sozialpartnern ergeben;
- › die aus den direkten oder indirekten Auswirkungen der Veränderung der Struktur des Atomkerns, klimatischen Ereignissen wie Stürmen oder Hurrikannen, Erdbeben, Überschwemmungen, Flutwellen und anderen Kataklysmen resultieren, außer im Rahmen der Entschädigung für Naturkatastrophen.

8.4. AUSSCHLÜSSE FÜR DIE STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG, KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT UND DIE BEFREIUNG VON DER BEITRAGSZAHLUNG:

Zusätzlich zu den Ausschlüssen, die für alle Versicherungen gelten und die unter nachfolgendem Punkt 8.5 aufgeführt sind, sind aus dieser Versicherung ausgeschlossen:

- › Die Ausübung gefährlicher Sportarten als Freizeitbeschäftigung, es sei denn, sie wird von einem Fachmann mit den staatlich vorgeschriebenen Diplomen und Kompetenzen begleitet, wie:
 - Die Ausübung von Sportarten, die den Einsatz von Fortbewegungsmitteln zu Lande, zu Wasser oder in der Luft erfordern;
 - Luftsportarten: Kunstflug, Segelflug, Fallschirmspringen, Ultraleichtflugzeug, Drachenfliegen, Paragliding, Skysurfing;
 - Wassersport: Flaschentauchen, Segeln und Navigation auf hoher See (über 200 Seemeilen), Hydrospeed;
 - Bergsportarten: Bergsteigen, Klettern (außerhalb von künstlichen, gesicherten Stützen), Bobfahren, Skeleton, Skifahren (Alpin, Langlauf) und Snowboarden außerhalb von markierten, für die Öffentlichkeit zugänglichen Pisten, Canyoning;
 - Extremsportarten: Bungee-Jumping, Höhlenforschung, Base-Jumping, Stierkämpfe.
- Die im nachfolgenden Absatz 8.6 vorgesehenen Ausschlüsse gelten auch für die Versicherungsleistung Sterbe- und Pflegekapital sowie Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit aus medizinischen Gründen.

Die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit gilt nur für Arbeitsunterbrechungen, die auf eine *Krankheit* oder einen *Unfall* zurückzuführen sind. Da eine Schwangerschaft keine *Krankheit* ist, werden im Rahmen dieser Leistung nur *krankheitsbedingte* (d. h. medizinisch begründete) Arbeitsunterbrechungen, die während einer Schwangerschaft eintreten, übernommen. Da der Mutterschafts-/Vaterschaftsurlaub keine *krankheitsbedingte* Arbeitsunterbrechung darstellt, bleibt er von der Versicherungsleistung ausgeschlossen.

Die *Ausschlüsse* in Absatz 8.6 gelten auch für die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit.

8.5. AUSSCHLÜSSE DIE ALLE VERSICHERUNGEN BETREFFEN:

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

- › vorsätzliche Handlungen des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* und/oder Verstöße gegen die Gesetzgebung des Landes, in dem sich der *Versicherte* aufhält;
- › eines Bürger- oder Auslandskrieges, der sich auf französischem Staatsgebiet ereignet hat;
- › die freiwillige Teilnahme der versicherten Person an Schlägereien, Volksbewegungen oder Terrorakten, unabhängig davon, wo sich die Ereignisse abspielen und wer die Protagonisten sind (außer im Fall von Selbstverteidigung);
- › Selbstmord oder versuchtem Selbstmord im ersten *Versicherungsjahr*;
- › Selbstverstümmelung und selbst zugefügte Verletzungen oder *Krankheiten*;
- › der Gebrauch von Drogen oder Betäubungsmitteln ohne ärztliche Verschreibung;
- › Blutalkoholkonzentration oder Trunkenheit des Versicherten (Blutalkoholkonzentration über dem Wert, der durch das am Tag des *Schadensfalles* im Land des Geschehens geltende Gesetz über den Kraftfahrzeugverkehr festgelegt ist);
- › Verkehrsunfälle mit zweirädrigen Fahrzeugen, wenn der Versicherte keinen Helm getragen hat;
- › Unfälle, Vorerkrankungen, Geburtsfehler, die vor dem Datum des Inkrafttretens eingetreten sind, Rückfälle zur Folge haben oder sich nicht konsolidiert haben, außer wenn sie bei Vertragsabschluss angezeigt und angenommen wurden
- › einem Fehler des medizinischen Dienstleisters oder dem Versäumnis des Dienstleisters, die besten Praktiken anzuwenden und eine evidenzbasierte Medizin zu praktizieren;
- › die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit auf einer Öplattform.

Besondere Bedingungen für die Übernahme der Folgen der Ausübung von Sport und sportlichen Aktivitäten

Ausgeschlossen sind die Folgen und Konsequenzen von:

- › der Ausübung von Sport als Beruf, einschließlich der beruflichen Ausübung von Sport im Rahmen eines Vereins oder Verbandes sowie der einfachen Ausübung eines Sportes im Rahmen eines Sportstudienganges;
- › der Ausübung der Jagd.

Vorbehaltlich der Anwendung der Artikel L113-8 und L113-9 des französischen Versicherungsgesetzes gilt der Versicherungsschutz für die Folgen von Behinderungen oder *Vorerkrankungen*, die vor dem Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages bestanden oder eingetreten sind, wenn sie auf diesem Antrag angegeben wurden und nicht

Gegenstand eines besonderen Ausschlusses waren, der dem Versicherten per Brief mitgeteilt und von diesem akzeptiert wurde.

9. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

9.1. WER VERSICHERT IHREN VERTRAG?

Es wurde von der Association des Assurés APRIL (Verein gemäß französischem Gesetz von 1901, 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, FRANKREICH, dessen Ziel es ist, jede Art von Versicherungsverträgen zugunsten seiner *Versicherungsnehmer* zu erarbeiten, abzuschließen und zu fördern, deren internationale Solidarität untereinander zu stärken, ihnen adäquate Informations- und Verwaltungsmittel zur Verfügung zu stellen und ihre Vertretung bei jeder Versicherungsgesellschaft sicherzustellen, und dessen Satzung im Anhang dieses Dokumentes verfügbar ist) folgende Vereinbarungen getroffen:

- für die Krankenversicherung, Sterbe- und Pflegekapitalversicherung sowie die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit:

Gruppenversicherungsvereinbarungen mit freiwilliger Versicherungsaufnahme 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 in 8-10, Rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANKREICH;

- für die Assistance- und Privathaftpflichtversicherung:

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

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

9.2. GESETZLICHER RAHMEN

Die für die Aufsicht über die Versicherungsträger für alle Versicherungsleistungen zuständige Behörde ist die Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), mit Sitz in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANKREICH.

APRIL International Care France unterliegt der Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) mit Sitz in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANKREICH. Die Aufnahme in den Versicherungsvertrag MyHealth International besteht aus dem Aufnahmeantrag, den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der *Versicherungsbescheinigung*. Sie unterliegt der französischen Gesetzgebung und insbesondere dem französischen Versicherungsgesetzbuch.

Die Versicherungsleistungen und Deckungssummen des vorliegenden Vertrages werden automatisch an die gesetzlichen und regulatorischen Entwicklungen angepasst, die für Verträge nach französischem Recht gelten.

9.3. VERJÄHRUNG

Jede Klage, die aus dieser Versicherungsaufnahme abgeleitet wird, ist nach Ablauf von zwei (2) Jahren ab dem Ereignis, das sie hervorgerufen hat, unzulässig, und die Verjährungsfrist wird für die Sterbekapitalversicherung auf zehn (10) Jahre verlängert, gemäß den Bestimmungen der Artikel L114-1 ff. des französischen Versicherungsgesetzes, die Folgendes vorsehen:

Artikel L114-1 "Alle aus einem Versicherungsvertrag abgeleiteten Klagen verjähren in zwei Jahren ab dem Ereignis, das sie hervorgerufen hat. Diese Frist beginnt jedoch nicht zu laufen:

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

2° Im Schadensfall erst ab dem Tag, an dem die Betroffenen davon Kenntnis erhalten haben, wenn sie beweisen, dass sie bis dahin nichts davon gewusst haben.

Wenn die Klage des Versicherten gegen den Versicherer auf dem Rückgriff eines Dritten beruht, beginnt die Verjährungsfrist erst mit dem Tag, an dem der Dritte den Versicherten gerichtlich in Anspruch genommen hat oder von ihm entschädigt worden ist.

Die Verjährungsfrist verlängert sich bei Lebensversicherungsverträgen auf zehn Jahre, wenn der *Begünstigte* eine andere Person als der *Versicherungsnehmer* ist, und bei Personenunfallversicherungsverträgen, wenn die *Begünstigten* die Rechtsnachfolger des verstorbenen Versicherten sind. Bei Lebensversicherungsverträgen verjähren die Ansprüche des *Begünstigten* ungeachtet der Bestimmungen von Punkt 2 spätestens dreißig Jahre nach dem Tod des Versicherten".

Artikel L114-2 "Die Verjährung wird durch einen der gewöhnlichen Gründe für die Unterbrechung der Verjährung und durch die Bestellung von Sachverständigen nach einem *Schadensfall* unterbrochen. Die Unterbrechung der Verjährung des Anspruchs kann sich außerdem aus der Versendung eines Einschreibens oder eines elektronischen Einschreibens mit Empfangsbestätigung ergeben, dass hinsichtlich der Klage auf Zahlung der Prämie vom Versicherer an den Versicherten und hinsichtlich der Klage auf Zahlung der Entschädigung vom Versicherten an den Versicherer gerichtet ist."

Artikel L114-3 "In Abweichung von Art. 2254 des frz. Zivilgesetzbuches können die Parteien des Versicherungsvertrages auch im gegenseitigen Einvernehmen weder die Dauer der Verjährung ändern noch Aussetzungs- oder Unterbreckungsklauseln der Verjährung hinzufügen."

Die im Zivilgesetzbuch vorgesehenen ordentlichen Gründe für die Unterbrechung der Verjährung sind:

- > die Anerkennung des Rechts desjenigen, gegen den er verjährte, durch den Schuldner (Art. 2254 des frz. Zivilgesetzbuches);
- > die gerichtliche Klage (Art. 2241 bis 2243 des frz. Zivilgesetzbuches);
- > eine Sicherungsmaßnahme, die in Anwendung der Zivilprozessordnung ergriffen wurde, oder eine Zwangsvollstreckungshandlung (Art. 2244 des frz. Zivilgesetzbuches);
- > die Interpellation an einen der Gesamtschuldner durch eine Klage oder eine Zwangsvollstreckungshandlung oder die Anerkennung des Rechts desjenigen, gegen den er verjährt ist, durch den Schuldner (Art. 2245 des frz. Zivilgesetzbuches);
- > die Interpellation an den Hauptschuldner oder seine Anerkennung für die auf Bürgen anwendbaren Verjährungsfälle (Art. 2246 des frz. Zivilgesetzbuches).

9.4. SUBROGATION

Es wird festgelegt, dass der Versicherer nicht auf die Rechte und Maßnahmen verzichtet, die er gemäß Artikel L121-12 des französischen Versicherungsgesetzes in Bezug auf den Subrogationsregress hat, den er gegenüber dem *haftpflichtigen* Dritten ausüben kann.

Wenn Sie Opfer eines *Verkehrsunfalls* sind (an dem ein Kraftfahrzeug beteiligt ist), müssen Sie dem Versicherer des *Unfallverursachers*, der ihn auffordert, den Namen des Krankenversicherers als Drittzahler mitteilen, andernfalls verfällt der Anspruch.

9.5. KONTROLLE

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

9.6. BESCHWERDE - VERMITTLUNG

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

Wenn Sie mit der Antwort nicht zufrieden sind, können Sie sich an unseren Kundenservice wenden, dessen Kontaktdaten wie folgt lauten:

Postfach: APRIL International Care France - Service Courrier - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANKREICH

Unsere Büros: APRIL International Care France - 14, rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANKREICH

E-Mail : reclamation.expats@april-international.com

Zu Ihrer Information: Unsere Partnerversicherer Groupama Gan Vie (8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE) und Chubb European Group SE (La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANKREICH) haben uns die Bearbeitung von Beschwerden anvertraut.

Wir werden uns bemühen, Ihnen innerhalb von maximal 48 Arbeitsstunden eine Antwort zukommen zu lassen, und verpflichten uns, Sie innerhalb dieser Frist über den Verlauf der Bearbeitung Ihrer Beschwerde zu informieren, falls diese aus Gründen, die nicht in unserem Einflussbereich liegen, verlängert werden muss.

Gemäß der Empfehlung 2022-R-01 der Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (frz. Aufsichts- und Kontrollbehörde) verpflichtet sich der Versicherer im Falle einer Beschwerde, den Eingang der Beschwerde spätestens innerhalb von zehn Werktagen nach Absendung der Beschwerde zu bestätigen und spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Absendung der Beschwerde zu beantworten.

Wenn die Meinungsverschiedenheit fortbesteht und keine einvernehmliche Lösung gefunden werden kann, können Sie sich unbeschadet anderer Ihnen zur Verfügung stehender gesetzlicher Rechtsbehelfe und in jedem Fall innerhalb von zwei Monaten nach Absendung Ihrer ersten Beschwerde an den Ombudsmann - "La Médiation de l'Assurance" - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANKREICH wenden. www.mediation-assurance.org

Wenn der Vertragsabschluss im Fernabsatz über das Internet erfolgte, können Sie sich auch an den zuständigen Ombudsmann wenden, indem Sie eine Beschwerde auf der Plattform der Europäischen Kommission zur Beilegung von Streitigkeiten einreichen, die unter folgender Adresse zugänglich ist: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die für die Bearbeitung Ihrer Beschwerde gesammelten Daten von unserem Unternehmen zum Zwecke der Nachverfolgung der Beschwerdebearbeitung elektronisch verarbeitet werden und nur dem Versicherungsträger, seinen Rückversicherern und der APRIL-Holding sowie unseren Partnerdienstleistern für die Umsetzung Ihrer Garantien mitgeteilt werden können. Die gesammelten Informationen sind für die Registrierung, Verwaltung und Durchführung der Mitgliedschaften durch APRIL International Care France, die Versicherer oder ihre Bevollmächtigten unerlässlich. Sie haben

das Recht auf Mitteilung, Berichtigung, Widerspruch und Löschung der *Sie* betreffenden Daten (siehe Absatz 9.7).

9.7. GESETZ ZUR ELEKTRONISCHEN DATENVERARBEITUNG UND INFORMATIONSFREIHEIT

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

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

WIDERRUF

Artikel L112-9 und Artikel L132-5-1 des französischen Versicherungsgesetzes

Artikel L112-9: „Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz, im Falle eines Fernabsatzes per Telefon oder Internet, auch auf ihre Bitte hin, Gegenstand eines Haustürgeschäfts ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsantrag oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit fällt, hat das Recht, diesen Vertrag innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses per Einschreiben mit Rückschein ohne Begründung und straffrei zu widerrufen.“

Artikel L132-5-1 : « Jede natürliche Person, die ein Angebot oder einen Vertrag für eine Lebens- oder Kapitalisationsversicherung unterzeichnet, kann diese Versicherung während einer Frist von 30 Kalendertagen ab dem Zeitpunkt, zu dem sie davon in Kenntnis gesetzt wurde, dass der Vertrag abgeschlossen wurde, per Einschreiben oder elektronischem Einschreiben mit Rückschein, widerrufen. Diese Frist endet am letzten Tag um vierundzwanzig Uhr. Läuft sie an einem Samstag, Sonntag, an einem gesetzlichen Feiertag oder einem arbeitsfreien Tag ab, so wird sie nicht verlängert.

Der Widerruf hat zur Folge, dass das Versicherungs- oder Kapitalisierungsunternehmen alle vom Vertragsnehmer eingezahlten Beträge innerhalb einer Frist von höchstens dreißig vollendeten Kalendertagen nach Eingang des Einschreibens oder des elektronischen Einschreibens zurückerstattet. Nach Ablauf dieser Frist werden auf nicht zurückgezahlte Beträge zwei Monate lang Zinsen zum halben gesetzlichen Zinssatz und nach Ablauf dieser zweimonatigen Frist zum doppelten gesetzlichen Zinssatz fällig.»

Bedingungen: Wenn Sie Ihre Versicherungsaufnahme widerrufen möchten, füllen Sie dieses abtrennbare Formular aus und schicken Sie es unterschrieben per Einschreiben mit Rückschein an die oben angegebene Adresse. Versenden Sie es spätestens innerhalb von 14 Tagen (bzw. 30 Tagen für eine Sterbe – und Pflegekapitalversicherung) ab dem Tag nach dem Vertragsabschluss oder, wenn diese Frist normalerweise an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag endet, am ersten darauffolgenden Werktag.

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

Name des Vertrages: **MyHealth International Ref. MHI Cov 23A**

Vertragsnummer:

Kundennummer:

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages:

Name des *Versicherungsnehmers*:

Vorname des *Versicherungsnehmers*:

Geburtsdatum des *Versicherungsnehmers*:

Anschrift des *Versicherungsnehmers*:

Postleitzahl: Stadt: Land:

Telefonnummer:

Name des Versicherungsberaters:

Anschrift des Versicherungsberaters:

Postleitzahl: Stadt: Land:

Telefonnummer:

Datum und Unterschrift
des *Versicherungsnehmers*:





APRIL International Care France

14 rue Gerty 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 72 - Versicherungsvermittler

Eingetragen im ORIAS-Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 (www.orias.fr)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) (Aufsichts- und Kontrollbehörde)

4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.





ANLAGE

Leistungsübersicht

KRANKENVERSICHERUNG

Einige wichtige Informationen vorab:

Gesundheitskosten werden im Rahmen der tatsächlichen Kosten und der Kosten, die in dem Land, in dem sie anfallen, als angemessen und üblich gelten, übernommen. Um Ihnen einen dauerhaften Versicherungsschutz und dauerhafte Beiträge garantieren zu können, achten wir auf die von den medizinischen Einrichtungen praktizierten Tarife und stellen sicher, dass diese nicht inkohärent mit den ortsüblichen Kosten sind.

Wir stellen Ihnen ein Netzwerk von zugelassenen medizinischen Einrichtungen zur Verfügung, die keine überhöhten Gebühren berechnen. Für weitere Informationen über das APRIL International Gesundheitsnetzwerk wenden Sie sich bitte an unsere Teams.

Für alle Behandlungen über 2.000 €/€ ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich. Achten Sie bitte darauf, dass Sie uns Ihren Antrag auf Kostenzusage spätestens 5 Tage vor dem geplanten Behandlungsdatum zukommen lassen.

Wenn Sie die oben genannten Bedingungen nicht einhalten, müssen Sie mit einer Selbstbeteiligung rechnen, die auf Ihre Erstattungen angewandt wird.

Ambulante Heilbehandlung, was ist das?

Ambulante, chirurgische Eingriffe werden wie ein sogenannter "Tagesaufenthalt" in einer Gesundheitseinrichtung definiert, und zwar für weniger als 24 Stunden (*Tagesklinik*). Ambulante Heilbehandlungen, auch als externe Behandlungen bezeichnet, sind alle Behandlungen, die von Gesundheitsfachkräften ohne Krankenhauseinweisung bzw. Unterbringung in einer Gesundheitseinrichtung vorgenommen werden.

Wie ist COVID-19 versichert?

MyHealth International garantiert Ihnen die Kostenübernahme für alle COVID-19 bezogenen Behandlungen, wie bei jeder anderen Erkrankung. Der Vertrag sieht weder einen Ausschluss von COVID-19 noch eine spezifische Höchstgrenze für die Kostenübernahme vor (innerhalb der jährlichen Deckungssumme des gewählten Tarifs).



WICHTIG

Im Falle einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus von mehr als 24 Stunden oder einem Aufenthalt in einer Tagesklinik können wir eine direkte Kostenübernahme **ohne Vorkasse Ihrerseits** in die Wege leiten, **sofern eine vorherige Kostenzusage unsererseits vorliegt.**

In dem Leistungsbaustein « Stationäre Heilbehandlung und Basis-Assistance-Versicherung » sind ambulante Heilbehandlungen (einschl. Zahnbehandlungen und Prothesen – ausgenommen Zahnersatz und -implantate) **bei Unfall** und bei Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung mitversichert, **bis zu 75 €/US\$ je medizinischem Verfahren und 1.500 €/US\$ pro Jahr und pro Versicherten.**

* Für jede stationäre Heilbehandlung ist zunächst eine vorherige Kostenzusage einzuholen. Bei Nichteinhaltung dieser Formalität vor einer stationären Heilbehandlung wird eine **Selbstbeteiligung von 50 %** einbehalten.

** Vorbehaltlich einer vorherigen Kostenzusage.

*** Die Wartezeit wird aufgehoben, wenn Sie zuvor gleichwertigen oder höheren Versicherungsschutz hatten, der vor weniger als einem Monat gekündigt wurde, bei Vorlage einer nachweisenden Leistungsübersicht sowie der entsprechenden Kündigungsbescheinigung.

TARIFE	EMERGENCY	BASIC	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Höchstdeckungssumme der Krankenversicherung pro Jahr und pro Versicherten	250.000 €/US\$	500.000 €/US\$	1.000.000 €/US\$	Bahamas, Japan, Puerto Rico, Singapur, USA: 1 500 000 €/US\$ Alle übrigen Länder: unbegrenzt	Bahamas, Japan, Puerto Rico, Singapur, USA: 3 000 000 €/US\$ Alle übrigen Länder: unbegrenzt

STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG * (ausgenommen ambulanter Heilbehandlung, Schwangerschaftsleistungen und Sehhilfen/Zahnmedizin)

Medizinische und chirurgische stationäre Heilbehandlung oder Tagesklinik: Transport im Krankenwagen (wenn die stationären Heilbehandlungskosten von APRIL International übernommen werden) Aufenthaltskosten, Honorare für medizinische und chirurgische Leistungen, Untersuchungen, Laboranalysen, Arzneimittel, Medizinische Verfahren	100 % nur bei Unfall oder medizinischem Notfall	100%	100%	100%	100%
---	--	------	------	------	------

Krankenzimmer	Zweibettzimmer	Zweibettzimmer	Standard-Einzelzimmer, bis zu 75€/US\$ 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 €/US\$ 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 werden	100%	100%	100%	100%
Stationäre Heilbehandlung am Wohnsitz	Nicht versichert	100%	100%	100%	100%
Elternbett bei stationärer Heilbehandlung des Kindes (Kinder unter 18 Jahren)	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	100%	100%
Stationäre Heilbehandlung psychischer oder nervöser Störungen	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	bis zu 8.000 €/US\$ pro Jahr, max. 15 Tage pro Jahr	bis zu 30 Tage pro Jahr
Rehabilitation in direktem Zusammenhang und im Anschluss an eine von APRIL International übernommene stationäre Heilbehandlung, die innerhalb von 3 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt begonnen wird	Bis zu 20 Tage	Bis zu 20 Tage	Bis zu 20 Tage	Bis zu 30 Tage	Bis zu 60 Tage
Zahnärztliche plastische Chirurgie infolge eines Unfalls	100%	100%	100%	100%	100%
Krebsbehandlung (Stationäre Heilbehandlung, Chemotherapie, Strahlentherapie, Onkologie, Diagnostetests und Arzneimittel als Patient in einem Krankenhaus, in einer Tagesklinik oder ambulant)	Nicht versichert	100%	100%	100%	100%
Organtransplantation	100%	100%	100%	100%	100%
Nierendialyse	Nicht versichert	100%	100%	100%	100%
Palliativmedizin und Palliativpflege	Bis zu 10.000 €/US\$	Bis zu 25.000 €/US\$	Bis zu 50.000 €/US\$	100%	100%
Interne Hilfsmittel und Prothesen im Rahmen einer stationären Heilbehandlung	Bis zu 1.000 € pro Krankenhaus- aufenthalt	100%	100%	100%	100%

BASIS-ASSISTANCE-VERSICHERUNG

Medizinische Rückführung oder Krankentransport in das am besten geeignete Krankenhaus oder in das Land der Staatsangehörigkeit	100%	100%	100%	100%	100%
Rückführung der anderen Begünstigten im Falle einer	Einfaches	Einfaches	Einfaches	Einfaches	Einfaches

medizinischen Rückführung des Versicherten	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Begleitung der Kinder	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse für den Hin- und Rückfahrt	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse für den Hin- und Rückfahrt	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse für den Hin- und Rückfahrt	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse für den Hin- und Rückfahrt	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse für den Hin- und Rückfahrt

AMBULANTE HEILBEHANDLUNG (optional)

TARIFE	EMERGENCY	BASIC	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
--------	-----------	-------	-----------	---------	---------

AMBULANTE BEHANDLUNG (ausgenommen Mutterschaftsleistungen, medizinisch assistierte Reproduktion und Zahnmedizin)

Medizinische Telekonsultation 24/7	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt
Arztbesuche bei Allgemeinmedizinern und Fachärzten einschließlich der Betreuung chronischer Krankheiten	Nicht versichert	100%ige Kostenübernahme für 2 Arztbesuche pro Jahr. Ab dem 3. Arztbesuch, Übernahme von bis zu 80 €/US\$ pro Arztbesuch	100%ige Kostenübernahme für 5 Arztbesuche pro Jahr. Ab dem 6. Arztbesuch, Übernahme von bis zu 100 €/US\$ pro Arztbesuch	100%ige Kostenübernahme für 10 Arztbesuche pro Jahr. Ab dem 11. Arztbesuch, Übernahme von bis zu 200 €/US\$ pro Arztbesuch	100%
Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie		Nicht versichert	Bis zu 4 Sitzungen pro Jahr, max. 60 €/US\$ pro Sitzung	Bis zu 5 Sitzungen pro Jahr, max. 200 €/US\$ pro Sitzung	Bis zu 20 Sitzungen pro Jahr, max. 200 €/US\$ pro Sitzung
Sprachtherapie, Orthoptie, medizinische Fußpflege, Logopädie		Bis zu 10 Sitzungen pro Jahr	bis zu 15 Sitzungen pro Jahr	100%	100%
Physiotherapie, Osteopathie, Chiropraktik, Krankenpflege, Ergotherapie, Psychomotorik		Bis zu 1.000 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 2.000 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 4.000 €/US\$ pro Jahr	100%
Konsultationen bei Ätiopathen, Homöopathen, Akupunkteuren, Phytotherapeuten und in der traditionellen chinesischen Medizin		Nicht versichert	Bis zu 500 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 1.000 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 2.000 €/US\$ pro Jahr
Arzneimittel, die im Fall einer stationären Heilbehandlung für eine Verwendung zu Hause oder bei chronischen Erkrankungen verordnet werden	Nicht versichert	100%	100%	100%	100%
Ambulant verordnete Arzneimittel (inkl. Kontrazeption, Homöopathie, Phytotherapie, Impfungen und Malariavorsorge)		Bis zu 2.500 €/US\$ pro Jahr	100%	100%	100%
Analysen, Röntgenaufnahmen und andere medizinisch-technische Verfahren außerhalb von Krankenhäusern		100%	100%	100%	100%

Hochauflösende medizinische Abbildungsverfahren (MRT, CT) im Rahmen einer ambulanten Behandlung		Bis zu 2.000 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 4.000 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 8.000 €/US\$ pro Jahr	100%
Hilfsmittel und externe Prothesen, inkl. Hörgeräte (außer Zahnersatz)		Bis zu 1.000 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 2.000 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 3.500 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 5.000 €/US\$ pro Jahr

VORSORGE

Vorsorgeuntersuchungen (Krebs, Hepatitis B, HIV-Tests...)		100%	100%	100%	100%
Pauschale für Selbstmedikation rezeptfreie Medikamente, Hilfe bei der Raucherentwöhnung, Selbsttests COVID-19	Nicht versichert	Nicht versichert	Bis zu 50 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 150 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 300 €/US\$ pro Jahr
Allgemeiner Gesundheitscheck und Hörtest (ein Check alle zwei Jahre)		Nicht versichert	Bis zu 200 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 800 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 2.000 €/US\$ pro Jahr
Ernährungsberatung		Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Bis zu 5 Sitzungen pro Jahr

SCHWANGERSCHAFTSLEISTUNGEN** (optional)

Wartezeit von 12 Monaten

► Wenn Sie sich für den ESSENTIAL Tarif entscheiden, ist der Versicherungsbaustein „Schwangerschaftsleistungen“ 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: Stationäre Heilbehandlung, Einzelzimmer, Aufenthaltskosten, Honorare für medizinische und chirurgische Leistungen	Nicht versichert	Nicht versichert	Bis zu 3.000 €/€ pro Schwangerschaft (bis zu 6.000 €/€ pro Schwangerschaft bei Entbindung durch Kaiserschnitt)	Bis zu 6.000 €/€ pro Schwangerschaft (bis zu 12.000 €/€ pro Schwangerschaft bei Entbindung durch Kaiserschnitt)	bis zu 12.000 €/€ pro Schwangerschaft (bis zu 20.000 €/€ pro Schwangerschaft bei Entbindung durch Kaiserschnitt)
Hausgeburt					
Ärztliche Beratung, Arzneimittel, prä- und postnatale Versorgung					
Kurse zur Geburtsvorbereitung (nur, wenn sie von einem Arzt oder einer Hebamme verordnet werden)					
Diagnose von Chromosomenanomalien					
Neugeborenencreening					
			Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung, sowie die Behandlung des Neugeborenen werden vollständig übernommen	Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung, sowie die Behandlung des Neugeborenen werden vollständig übernommen	Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung, sowie die Behandlung des Neugeborenen werden vollständig übernommen

MEDIZINISCH ASSISTIERTE REPRODUKTION

Wartezeit von 12 Monaten

Arzneimittel, In-vitro-Fertilisation, Laboranalysen und Verlaufs- und Nachkontrolle	Nicht versichert	Bis zu 1.500 €/US\$ je Versuch	Bis zu 2.500 €/US\$ 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

Deckungssumme pro Jahr	Nicht versichert	500 €/US\$	1.000 €/US\$	1. und 2. Jahr: 2.000 €/US\$ ab dem 3. Jahr: 3.000 €/US\$ pro Jahr	1. und 2. Jahr: 4.000 €/US\$ ab dem 3. Jahr: 5.000 €/US\$ pro Jahr
Behandlung für Zahnvorsorge (Zahnkontrolle, Strahlendiagnostik, Zahnsteinentfernung und Politur, Zahnschutz)	Nicht versichert	100%	100%	100%	100%
Routinezahnbehandlung (Extraktionen, Kariesbehandlung, Parodontologie, Endodontie...)		100%	100%	100%	100%
Größere rekonstruktive Zahnbehandlungen (Prothesen, Kronen und Implantate)		100%	100%	100%	100%
Kieferorthopädie für Kinder bis zu 18 Jahre (Behandlungsbeginn vor dem 16. Lebensjahr)		Nicht versichert	Nicht versichert	Bis zu 1.000 €/US\$ pro Jahr, max. 3 Jahre	Bis zu 1.500 €/US\$ pro Jahr, max. 3 Jahre

SEHHILFEN

Wartezeit von 6 Monaten ***

Laserbehandlung zur Korrektur von Fehlsichtigkeit (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Astigmatismus, Keratokonus)	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Bis zu 500 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 700 €/US\$ pro Jahr
Brillenfassung und Gläser (max. 1 Paar alle 2 Jahre)		Bis zu 150 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 250 €/US\$ pro Jahr		
Kontaktlinsen			Bis zu 200 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 300 €/US\$ pro Jahr	Bis zu 400 €/US\$ pro Jahr

OPTIONALE VERSICHERUNGEN

Für einen umfassenden Schutz im Ausland bieten wir Ihnen als Ergänzung Ihrer Krankenversicherung die folgenden optionalen Versicherungen an:

- > Umfassende Assistance- und Privathaftpflichtversicherung;
- > Sterbe- und Pflegekapitalversicherung;
- > Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit.

LEISTUNGSÜBERSICHT FÜR DIE UMFASSENDE ASSISTANCE- UND PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

UMFASSENDE ASSISTANCE-VERSICHERUNG	
ART DER LEISTUNGEN	DECKUNGSSUMMEN
Bei Unfall oder Krankheit:	
Such- und Rettungskosten	bis 5.000 €/US\$ je Person und 15.000 €/US\$ je Ereignis
Rückreise des <i>Versicherten</i> nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes in das bei Versicherungsabschluss ausgewählte <i>Zielland</i>	Einfaches Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Anwesenheit eines <i>Familienmitgliedes</i> bei einer <i>stationären Heilbehandlung</i> von mehr als 6 Tagen des <i>Versicherten</i> , sofern dieser alleine vor Ort ist	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse für den Hin- und Rückfahrt und 80€//\$ pro Übernachtung für 10 Nächte
Ermittlung und Versand von Medikamenten, die vor Ort nicht zur Verfügung stehen	100%
Beaufsichtigung <i>unterhaltspflichtiger Kinder</i> unter 18 Jahren	Erstattung bis 20 Std. pro Jahr, max. 500 €/US\$
Rückreise oder Beaufsichtigung des Haustieres bei Rückreise aller <i>Familienmitglieder</i>	Bis 500 €/US\$ pro Jahr
Haushaltshilfe	Erstattung bis 10 Std., max. 250 €/US\$
Bei Ableben des Versicherten:	
Überführung der sterblichen Überreste	100%
Übernahme des Transportsargs bei einer Rückführung des Leichnams auf dem Luftweg	Bis 1.500 €/US\$
Anwesenheit eines <i>Angehörigen</i> bei einer Beisetzung vor Ort, wenn sich der verstorbene <i>Versicherte</i> allein im Ausland befand	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse für den Hin- und Rückfahrt und 50€//\$ pro Übernachtung für 4 Nächte
Rücktransport der anderen <i>Begünstigten: der Familienmitglieder (Lebenspartner und Kinder)</i> , die mit dem <i>Versicherten</i> zusammenlebten	Einfaches Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Bei Attentat oder Naturkatastrophe:	
Rücktransport bei <i>terroristischen oder Sabotageakten, Attentat oder Aggression</i>	100%
Evakuierung aus politischen Gründen oder aufgrund von Naturkatastrophen	Einfaches Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Bei Verlust oder Diebstahl von Ausweispapieren, Gepäck, Beförderungsunterlagen oder persönlichen Gegenständen:	
Verlust, Beschädigung oder Zerstörung des persönlichen <i>Gepäcks</i>	Bis zu 1.000 €/US\$
Vorschuss von Geldmitteln im Ausland	Bis zu 1.500 €/US\$
Vorschuss für den Erwerb eines neuen Reisetickets im Ausland	Einfaches Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse
Überfall oder Entreißdiebstahl des Mobiltelefons, Smartphones oder Tablets	Bis zu 500 €/US\$
Missbräuchliche Benutzung der SIM-Karte	100%
Übermittlung dringender Nachrichten	100%

Bei Reisezwischenfall:

Unmöglichkeit der Rückkehr	80 €/US\$ pro Nacht, max. 5 Nächte
Flugverspätung oder -ausfall	Bis zu 300 €/US\$
Verpassen einer Flugverbindung	Bis zu 300 €/US\$
Erstattung bereits gezahlter Aufenthaltskosten im Fall einer Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes aufgrund eines Krankenrücktransportes	Anteilige Erstattung bis zu max. 5.000 €/US\$ der tatsächlichen Kosten und bis max. 250 € pro Tag

Bei Ableben oder Krankenhausaufenthalt eines Familienmitgliedes:

Vorzeitige Rückreise bei Ableben eines <i>Familienmitgliedes</i> in das <i>Land der Staatsangehörigkeit</i>	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse für den Hin- und Rückfahrt
Vorzeitige Rückreise in das <i>Land der Staatsangehörigkeit</i> bei einem Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen eines <i>Familienmitgliedes</i>	Flugticket Economy-Klasse oder Zugticket 1. Klasse für den Hin- und Rückfahrt

Bei einem unbeabsichtigten Verstoß gegen die Gesetze eines Landes:

Anwaltskosten im Ausland	Bis zu 1.500 €/US\$ je Ereignis
Vorschuss einer Kautions bei einem Strafverfahren im Ausland	Bis zu 15.000 €/US\$ je Ereignis

Fremdsprachenunterstützung:

Übersetzung von rechtlich oder administrativ relevanten Dokumenten	Bis zu 500 €/US\$ pro Jahr
--	----------------------------

Psychologische Unterstützung:

Gespräche mit einem Psychologen	Bis zu 3 Gespräche
---------------------------------	--------------------

PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

ART DER LEISTUNGEN

DECKUNGSSUMMEN

Personen- und Sachschäden sowie immaterielle Folgeschäden	Bis zu 7.500.000 €/US\$ pro Schadenfall und pro Versicherungsjahr
darunter für:	
Sachschäden und immaterielle Folgeschäden	Bis zu 750.000 €/US\$ pro Schadenfall und pro Versicherungsjahr (Selbstbehalt von 150 €/US\$ pro Schadenfall)
Folgeschäden durch Brand, Explosion und Wasserschäden an Gebäuden, die von der versicherten Person für die Organisation von Familienfeiern gemietet oder geliehen wurden	Bis zu 150.000 €/US\$ pro Schadenfall und pro Versicherungsjahr (Selbstbehalt von 150 €/US\$ pro Schadenfall)

STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG

Diese Versicherungsleistung sieht im Falle eines Todes durch Krankheit die Zahlung eines Kapitals an den/die Begünstigten vor, den/die Sie bei Ihrem Vertragsabschluss festlegen. Die Höhe des Kapitals im Todesfall durch Krankheit kann **zwischen 20.000 €/US\$ und 500.000 €/US\$ freigestellt werden**. Die Höhe des ausgezahlten Kapitals wird verdoppelt, **wenn der Tod durch einen Unfall verursacht wurde**. Außerdem wird das Kapital bei vollständiger und unwiderruflicher Pflegebedürftigkeit ^{s. Definition} in voller Höhe ausgezahlt.

MEDIZINISCHE FORMALITÄTEN:

Je nach gewählter Höhe des Sterbekapitals müssen folgende medizinische Formalitäten bereitgestellt bzw. erfüllt werden:

ALTER	20.000 bis 150.000 €/US\$	150.001 bis 250.000 €/US\$	250.001 bis 350.000 €/US\$	350.001 bis 500.000 €/US\$
≤ 45 Jahre	1	1	1	2
Von 46 bis 55 Jahre	1	1	2	2
Von 56 bis 65 Jahre	1	2	2	3

1: Gesundheitsfragebogen

2: Gesundheitsfragebogen + Arztbericht* + Blutuntersuchungen* (Cholesterin, Triglyceride, Transaminasen SGO und SGP, HIV 1- und -2-Test, Marker für Hepatitis Ac HCV)

3: Gesundheitsfragebogen + Arztbericht* + EKG* + Blutuntersuchungen* (Hämogramm, Blutplättchen, VS, Glykämie, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, Gamma GT, Transaminasen SGO und SGP, HIV 1- und -2-Test, Marker für Hepatitis Ac HCV, PSA-Wert bei Männern ≥ 55 Jahren)

* Erstattung durch APRIL International bei Annahme und Abschluss des Vertrages.

Die im Rahmen der Sterbekapitalversicherung gezahlten Beträge unterliegen nicht der Erbschaftsteuer, sofern die geltenden Gesetze nichts anderes bestimmen.

DEFINITION

> Vollständige und unwiderrufliche Pflegebedürftigkeit: ärztlich festgestellte vollständige und unwiderrufliche Unfähigkeit des Versicherten, einer Arbeit oder einer Beschäftigung nachzugehen, die ihm Einkünfte oder Gewinn bringt, und Notwendigkeit seiner Unterstützung durch eine dritte Person bei der Verrichtung von Handlungen des normalen Lebens.

KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Durch die versicherten Tagegelder und die Invalidenrente sind Sie vor den Folgen, die eine Krankheit bzw. ein Unfall auf Ihr Einkommen haben kann, geschützt. Mit Abschluss dieser Versicherung ist die Weiterzahlung eines Teiles Ihres Gehaltes während eines bestimmten Zeitraumes gewährleistet.

Der Abschluss dieser Versicherung setzt den Abschluss der Sterbekapitalversicherung voraus.

Die Höhe des Tagegeldes (von 20 €/US\$ bis 500 €/US\$) kann frei gewählt werden, sofern die folgenden Regeln eingehalten werden:

- > Die monatliche Gesamtsumme des Tagegeldes darf 100% Ihres monatlichen Nettogehalts nicht überschreiten (70% Ihres monatlichen Nettoeinkommens im Falle einer Unternehmensgründung oder einer Wiederaufnahme der Tätigkeit vor weniger als einem Jahr).
- > Die Höhe des gewählten Tagegeldes hängt von der Höhe der gewählten Sterbekapitalversicherung ab: Für ein Tagegeld von 20 €/US\$ muss das versicherte Sterbekapital mindestens 20.000 €/US\$ betragen. Die verlangten medizinischen Formalitäten entsprechen denen für das gewählte Sterbekapital.

Bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit müssen Sie eine bezahlte Berufstätigkeit nachweisen.

DEFINITIONEN

Tagegeld:

Das Tagegeld kann je nach gewählter Option ab dem 31. oder 61. Tag für eine maximale Dauer von 3 Jahren gezahlt werden. Die Anzahl der monatlich berücksichtigten Entschädigungstage beträgt immer 30 Tage. Mit dem Abschluss einer Krankentagegeldversicherung ab dem 31. oder 61. Tag profitieren Sie von einer Beitragsbefreiung: Bei finanziellen Schwierigkeiten aufgrund von Arbeitsausfall, der normalerweise zum Bezug von Tagegeldern berechtigt, bleiben Sie für Ihre gesamten Vorsorgeleistungen beitragsfrei versichert. Diese Garantie endet mit 65 Jahren.

Invalidenrente:

Die Invalidenrente schützt Sie bei Invalidität aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalles. Das Tagegeld wird nach maximal 3-jähriger Zahlung in eine Jahresrente umgewandelt. Diese Rente wird ab der Umwandlung bis zur Altersrente und längstens bis 65 Jahre gezahlt. Die Rentenhöhe ist proportional zur tatsächlichen Invalidität.

APRIL International Care France

14 rue Gerty 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 72 - Versicherungsvermittler

Eingetragen im ORIAS-Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 (www.orias.fr)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) (Aufsichts- und Kontrollbehörde)

4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.



SATZUNG

ASSOCIATION DES ASSURES APRIL

Aktualisierung vom 17. April 2018

INHALT

ABSCHNITT 1 – BILDUNG – GEGENSTAND – GESCHÄFTSSITZ - 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

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 stellvertretenden 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

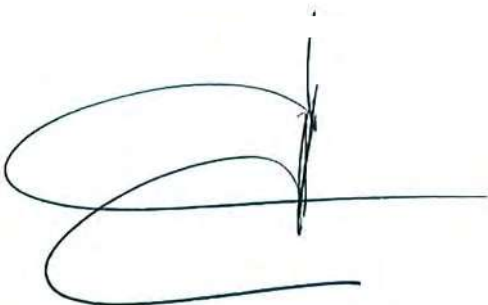
Die Auflösung des Vereines, seine Verschmelzung oder sein Zusammenschluss mit einer anderen Organisation können auf Vorschlag des Verwaltungsrates nur von einer außerordentlichen Hauptversammlung gemäß den obigen Bedingungen beschlossen werden.

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

