

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Across Global Cover

Alles über Ihren Vertrag und Ihre Leistungen

April International
VERSICHERUNG LEICHT GEMACHT

Inhaltsverzeichnis

1. DEFINITIONEN ZUR FUNKTIONSWEISE IHRES VERTRAGS 2
1.1. Gemeinsame Definitionen für alle Leistungen: 2
1.2. Spezifische Definitionen für die Krankenversicherung: 3
1.3. Spezifische Definitionen für die Assistance-Leistungen: 3

2. WER IST FÜR DIESEN VERTRAG BERECHTIGT? 4

3. TERRITORIALE GÜLTIGKEIT IHRES VERTRAGS 5

4. DIE VERSICHERTEN LEISTUNGEN DES VERTRAGS 5
4.1. Welche Leistungen sind in Ihrem Vertrag enthalten? 5
4.2. Leistungen der Krankenversicherung 5
o Die Erstattungen 5
o Die Leistungsübersicht 6
o Funktionsweise der *Selbstbehalte* 10
o Definitionen zu den Leistungen der Krankenversicherung 10
o Was ist bei einer *stationären Heilbehandlung* im Krankenhaus zu tun? 11
o Wie kann ich vor Beginn bestimmter Behandlungen eine *vorherige Kostenzusage* einholen? 11
o Bedingungen für das Einreichen eines Leistungsantrages 11
4.3. Assistance-Leistungen 12
o Leistungsübersicht 12
o Wie können *Sie* die Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen? 12

5. WAS AUS IHREM VERTRAG AUSGESCHLOSSEN IST 13
5.1. Gemeinsame *Ausschlüsse* für alle Versicherungsleistungen 13
5.2. *Ausschlüsse* für die Krankenversicherungsleistungen 14
5.3. *Ausschlüsse* für die Assistance-Versicherungsleistungen 16

6. *DATUM DES INKRAFTTRETENS*, LAUFZEIT UND WIDERRUF DES VERTRAGS 17
6.1. Wann tritt Ihr Vertrag in Kraft? 17
6.2. Für Ihren Vertrag geltende *Wartezeiten* 17
6.3. Versicherungslaufzeit und Erneuerung Ihres Vertrags 17
6.4. Einstellung der Versicherungsleistungen Ihres Vertrags 17
6.5. Wie können *Sie* Ihren Vertrag widerrufen? 18

7. DIE BERECHNUNG UND DIE ENTWICKLUNG DER *BEITRÄGE* 19
7.1. Wie wird die Höhe Ihrer *Beiträge* berechnet? 19
7.2. Die Zahlungsweisen 19
7.3. Was passiert bei Nichtzahlung der *Beiträge*? 19

8. ÄNDERUNG IHRES VERTRAGS 19
8.1. Wie können *Sie* Ihren Vertrag ändern? 19
8.2. Welche Informationen müssen *Sie* uns mitteilen? 20

9. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN 20
9.1. Wer versichert Ihren Vertrag? 20
9.2. Gesetzlicher Rahmen 20
9.3. Verjährung 20
9.4. Forderungsübergang 21
9.5. Kontrolle 21
9.6. Beschwerde – Vermittlung 21
9.7. Gesetz zur elektronischen Datenverarbeitung und Informationsfreiheit 22

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

1. Definitionen zur Funktionsweise Ihres Vertrags

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

1.1. Gemeinsame Definitionen für alle Leistungen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

K **KRANKHEIT:** Jede von einer zuständigen *medizinischen Instanz* festgestellte Veränderung des Gesundheitszustands.

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

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

M **MEDIZINISCHE INSTANZ:** 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 erfordert.

P **PLÖTZLICHE ERKRANKUNG:** Jede Beeinträchtigung der Gesundheit, die von einer zuständigen *medizinischen Instanz* festgestellt wird und einen plötzlichen und unvorhersehbaren Charakter hat.

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

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

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

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

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

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

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

VERSICHERUNGSNEHMER: Natürliche oder juristische Person, die dem von der vertragschließenden Vereinigung abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrag freiwillig beitritt und sich zu den entsprechenden Obliegenheiten verpflichtet, insbesondere zur Zahlung der *Beiträge*. Seine Kontaktdaten sind auf der *Versicherungsbescheinigung* aufgeführt.

Der *Versicherungsnehmer* schließt den Vertrag entweder für sich selbst oder als gesetzlicher Vertreter einer zu versichernden Person oder als gesetzlicher Vertreter für ein beitretendes Unternehmen ab.

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

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

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

W **Wir:** APRIL International Care France

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 30 Jahren die verschiedenen Gebührenordnungen registrieren und die jedes Jahr aktualisiert werden. Wenn unserer Ansicht nach ein Antrag auf Erstattung unangemessen scheint, behalten *wir* uns das Recht vor, den zu erstattenden Betrag zu verringern oder den Leistungsantrag abzulehnen.

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Spezifische Definitionen für die Assistance-Leistungen:

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.

ÄRZTETEAM: Für jeden Einzelfall geeignete Einheit, die von dem verantwortlichen medizinischen Experten von Europ Assistance 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 kommende Ereignisse.

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

2. Wer ist für diesen Vertrag berechtigt?

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

- außerhalb des *Landes Ihrer Staatsangehörigkeit* wohnen;
- zum Zeitpunkt des *Inkrafttretens* des Vertrags zwischen 10 und 59 Jahre alt sein;
- das Mindestalter für den Vertragsabschluss gilt nur für Kinder, die allein in einem Vertrag versichert sind. *Sie* können Ihre Kinder unterhalb dieser Mindestalter versichern, sofern *Sie* selbst versichert sind;
- sich der vertraglich vorgesehenen Gesundheitsprüfung unterzogen haben und vor allem den Gesundheitsfragebogen maximaldrei Monate vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrags ausgefüllt und unterschrieben haben.

Auch weitere *Anspruchsberechtigte* können in diesen Vertrag aufgenommen werden (somit werden sie in *Ihrer Versicherungsbescheinigung* aufgeführt sein).

Hinzufügen eines Neugeborenen in den Vertrag:

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

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

- **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 Annahmebedingungen.

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

3. Territoriale Gültigkeit Ihres Vertrags

Die Leistungen gelten ganzjährig in dem *Aufenthaltsland*, welches auf *Ihrer Versicherungsbescheinigung* angegeben ist.
Die Leistungen gelten auch in der *Versicherungszone*, welche auf *Ihrer Versicherungsbescheinigung* angegeben ist.

Die 2 folgenden *Versicherungszonen* werden angeboten:
Zone 1: Weltweit ohne USA
Zone 2: Weltweit ohne USA, China, Hong Kong, Japan, Mexiko, Singapur, Thailand, Vereinigte Arabische Emirate

Darüber hinaus gelten für *Versicherte* der Zone 2 die Leistungen weltweit für *Unfälle* oder *medizinische Notfälle* während vorübergehender Aufenthalte aus nichtmedizinischen Gründen bis zu 90 aufeinanderfolgende Tage pro Einreise (für die USA bis zu 60 Tage kumuliert pro Jahr).

Bei einem Aufenthalt von mehr als 90 aufeinanderfolgenden Tagen außerhalb der *Versicherungszone* muss der *Versicherungsnehmer uns* über die Änderung informieren, damit die *Versicherungszone* und der *Beitrag* angepasst werden können.

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

4. Die versicherten Leistungen des Vertrags

4.1. Welche Leistungen sind in Ihrem Vertrag enthalten?

Der Abschluss dieses Vertrags gewährleistet Ihnen je nach den gewählten Optionen eine internationale Krankenvollversicherung.
Die Assistance-Leistungen sind in Ihrem Vertrag mit *Ihrer* Krankenversicherung enthalten.

***Sie* haben Anspruch auf die folgenden Leistungen, sofern diese in *Ihrer Versicherungsbescheinigung* aufgeführt sind.**

4.2. Leistungen der Krankenversicherung

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

***Wir* stellen Ihnen ein Netzwerk von Gesundheitsfachkräften zur Verfügung, die *angemessene und übliche Kosten* berechnen. Wenn *Sie* sich in einer Gesundheitseinrichtung oder bei einem Arzt behandeln lassen, der keine *angemessenen und üblichen Kosten* berechnet, müssen *Sie* mit einer Kürzung oder Ablehnung *Ihrer* Erstattung rechnen (außer in lebensbedrohlichen Notfällen).**

Informationen zum APRIL International-Gesundheitsnetzwerk finden *Sie*:
- **in Ihrem *Versicherten*leitfaden und in Ihrem *Versicherten*portal;**
- **bei unseren Teams: Sie stehen Ihnen gerne zur Verfügung, um *Sie* bei allen Gesundheitsangelegenheiten zu unterstützen.**

Die Erstattungen

Es werden alle medizinisch begründeten Gesundheitsausgaben für die in der Leistungsübersicht (siehe Abschnitt 4.2.2) aufgeführten Leistungen übernommen, die von einer qualifizierten *medizinischen Instanz* verordnet wurden.

Die Kosten werden je nach gewählter Option gemäß der Leistungsübersicht einzeln erstattet. Für Gesundheitsausgaben, die in einer anderen Währung als Euro in Rechnung gestellt werden, gilt der am Tag des *Schadensfalls* gültige Wechselkurs. Es werden nur Kosten erstattet, die für Leistungen während der Versicherungsdauer entstanden sind.

Der vom *Versicherungsnehmer* gewählte *Selbstbehalt* und dessen Höhe sind auf seiner *Versicherungsbescheinigung* vermerkt und gelten für alle im Vertrag aufgeführten *Familienmitglieder*.
Die jährlichen Gesamthöchstdeckungssummen:

Die Erstattungshöchstbeträge werden pro *Versicherten* und pro *Versicherungsjahr* angegeben:

- **Für den Tarif SMART:** Der jährliche Erstattungshöchstbetrag ist auf 1.000.000 € festgelegt
- **Für den Tarif PLUS:** Die Höchstdeckungssumme ist unbegrenzt
- **Für den Tarif ELITE:** Die Höchstdeckungssumme ist unbegrenzt

Die Leistungsübersicht

	SMART	PLUS	ELITE
Gesamthöchstdeckungssumme pro versicherte Person und *Versicherungsjahr*	**1.000.000 €**	**Unbegrenzt**	**Unbegrenzt**
Stationäre Heilbehandlung*			
Leistungen bei stationärer und teilstationärer Heilbehandlung > Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus > Kosten der Behandlung auf der Intensivstation > Alle ärztlich verordneten stationären Behandlungen > Diagnostische Tests und Arzneimittel > Honorare für Arzt, Chirurg, Pflegepersonal und Anästhesist	100%	100%	100%
Hochauflösende medizinische Abbildungsverfahren (MRT, CT und PET-Scans) Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung	100%	100%	100%
Krankenzimmer Wenn eine versicherte Person mindestens eine Nacht stationär in einem Krankenhaus verbringt	Zweibettzimmer	*Einzelzimmer*	*Einzelzimmer*
Elternbett bei stationärer Heilbehandlung des Kindes Wenn ein versichertes Kind unter 18 Jahre stationär im Krankenhaus behandelt wird	Nicht versichert	100%	100%
Lokaler Krankentransport Krankentransport zum/oder vom Krankenhaus	100%	100%	100%
Teilstationäre Behandlung und Operation Wenn eine Genesungsphase in einem Krankenhausbett erforderlich ist	100%	100%	100%
Medizinische Hilfsmittel, Geräte und innere Prothesen Bei intraoperativer Notwendigkeit	100% bis zu 5.000 €	100%	100%
Zahnärztliche Notfallbehandlung Zur Wiederherstellung oder Reparatur gesunder und natürlicher Zähne innerhalb von 14 Tagen nach einem Unfall	100%	100%	100%

*Für jede geplante stationäre Heilbehandlung (außer bei Unfällen oder medizinischen Notfällen) ist zunächst eine *vorherige Kostenzusage* einzuholen. Bei Nichtbeachtung dieses Verfahrens behalten *wir* uns das Recht vor, eine Eigenbeteiligung in Höhe von 50% des zu erstattenden Betrags einzubehalten.

Vor- und Nachbehandlung im Rahmen einer stationären Heilbehandlung			
Medizinische Leistungen vor einer (teil-) stationären Heilbehandlung Beratung und Behandlung in Vorbereitung einer stationären oder teilstationären Behandlung	100% bis zu 20 Tage	100% bis zu 30 Tage	100% bis zu 40 Tage
Medizinische Leistungen nach einer (teil-) stationären Heilbehandlung Beratungen und Behandlungen im Anschluss einer stationären oder teilstationären Behandlung	100% bis zu 20 Tage	100% bis zu 30 Tage	100% bis zu 40 Tage
Rehabilitationsbehandlungen Stationäre Behandlung zur Wiederherstellung der Gesundheit und Mobilität nach Verletzung oder *Krankheit*	100% bis zu 20 Tage	100% bis zu 30 Tage	100% bis zu 40 Tage
Externe Prothesen, medizinische Hilfsmittel und Geräte Die im Anschluss an eine (teil-) stationäre Behandlung oder eine Behandlung in der Notaufnahme erforderlich sind	100% bis zu 1.000 €	100% bis zu 2.500 €	100% bis zu 3,000 €

Behandlung von schwerwiegenden *Krankheiten*			
Onkologie, Krebsbehandlung, Chemo- und Strahlentherapie Diagnostik und Behandlung im Rahmen einer (teil-) stationären oder ambulanten Behandlung	100%	100%	100%
Krebsvorbeugende chirurgische Maßnahmen	100% bis zu 7.500 € 12 Monate *Wartezeit*	100% bis zu 12.500 € 12 Monate *Wartezeit*	100% bis zu 20.000 € 12 Monate *Wartezeit*
Organ- und Knochenmarktransplantation und Stammzellenbehandlung > Für Nieren-, Herz-, Lungen-, Leber-, Knochenmark- und Stammzellentransplantationen, die unter stationären Bedingungen durchgeführt werden > Beschaffungs- und Spenderkosten sind ausgeschlossen	200.000 € (einmalig über die gesamte Lebensdauer)	100%	100%
Nierendialyse (Teil-) stationär durchgeführte Behandlung	100%	100%	100%
Behandlung von HIV/AIDS (Teil-) stationär durchgeführte Behandlung	20.000 € (einmalig über die gesamte Lebensdauer)	40.000 € (einmalig über die gesamte Lebensdauer)	100%
Behandlung von Fehlbildungen bei Neugeborenen > Lebenslänglich pro Person (gilt nur für Neugeborene) > Nur stationäre Behandlungen	Nicht versichert	100.000 € (einmalig über die gesamte Lebensdauer)	200.000 € (über die gesamte Lebensdauer)
Palliativpflege In einem Hospiz oder in häuslicher Umgebung	100% bis zu 6 Wochen	100% bis zu 8 Wochen	100%

Ambulante Heilbehandlung			
Kosten für Arztbesuche > Allgemeinmediziner > Fachärzte	100% bis zu 5.000 €	100%	100%
Arzneimittel und Verbände Auf ärztliche Verordnung	100% bis zu 1.000 €	100%	100%

Diagnostische Untersuchungen und Scans Röntgenaufnahmen, MRT, CT, PET-Scans und Laboruntersuchungen auf ärztliche Verordnung	100% bis zu 1.000 €	100%	100%
Heilmittel Physiotherapie, Orthoptik, Fußpflege, Logopädie, Sprachtherapie, Krankenpflege, Ergotherapie auf ärztliche Verordnung	100% bis zu 8 Sitzungen	100% bis zu 20 Sitzungen	100%
Alternativmedizinische Behandlungsmethoden Osteopathie, Chiropraktik, Homöopathie, Akupunktur, Traditionelle Chinesische Medizin, Hypnotherapie	Nicht versichert	100% bis zu 1.000 €	100% bis zu 2.000 €
Ambulanter chirurgischer Eingriff Als Ersatz eines chirurgischen Eingriffes im Rahmen einer stationären Heilbehandlung	100%	100%	100%
Krankenpflege in häuslicher Umgebung Wenn med. notwendig und auf ärztliche Verordnung	Nicht versichert	100% bis zu 100 € pro Tag und 10 Wochen	100% bis zu 100 € pro Tag und 20 Wochen

Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen

Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen	Nicht versichert	600 €	1.200 €
Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene > Mammographie für Frauen ab 40 Jahre > PAP-Abstrich für Frauen ab 19 Jahren > Prostatauntersuchung für Männer ab 40 Jahren > Darmkrebsfrüherkennung für Frauen und Männer ab 45 Jahre	Nicht versichert	100% bis zur Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen	100% bis zur Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen
Vorsorgeuntersuchungen für Kinder > Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung und Entwicklungsdiagnostik, Einschulungsuntersuchung, Hörtest und/oder Diabetestest > Bis einschl. 3 Jahre: max. 2 Untersuchungen pro Jahr > Ab 4 bis 15 Jahre: max. 1 Untersuchung pro Jahr	Nicht versichert	100% bis zur Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen	100% bis zur Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen
Impfungen Impfung für Kinder, Pflichtimpfungen und Reiseimpfungen	Nicht versichert	100% bis zur Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen	100% bis zur Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen
Allgemeine Gesundheitsuntersuchung Medizinische Untersuchungen oder eigenständige Tests oder Scans, wenn keine Diagnose vorliegt	Nicht versichert	100% bis zur Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen (eine Gesundheitsuntersuchung alle zwei Jahre)	100% bis zur Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen (eine Gesundheitsuntersuchung pro Jahr)
Selbstmedikation Verhütungsmittel, Vitamine, Arzneimittel zur Raucherentwöhnung, nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel	Nicht versichert	100% bis zu 50 € im Rahmen der Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen	100% bis zu 100 € im Rahmen der Höchstdeckungssumme für Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen

Behandlung von psychischen Erkrankungen

Stationäre psychiatrische Behandlung** Behandlung in einer psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses oder spezialisierten Einrichtung für Psychiatrie	Nicht versichert	100% bis zu 50.000 € 12 Monate *Wartezeit*	100% 12 Monate *Wartezeit*
Ambulante psychiatrische Behandlung Behandlung durch Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten	Nicht versichert	100% bis zu 8 Sitzungen und bis zu 100 € pro Sitzung	100% bis zu 15 Sitzungen und bis zu 200 € pro Sitzung

Schwangerschaft und Entbindung**

Schwangerschaft und Entbindung > Kosten für Entbindung > Hausgeburt > Schwangerschaftsvor- und nachsorgeleistungen, einschließlich ärztlicher Behandlungen, Diagnosen, Test, Arzneimittel, Leistungen durch Hebammen- und zertifizierte Doulas, Vitamine und Nahrungsergänzungsmittel, Heilmittel, komplementäre Schwangerschaftstherapien (ohne Überweisung/ärztliche Verordnung) > Geburtsvorbereitungskurse (von einem Arzt und einer Hebamme durchgeführt) > Untersuchungen für Neugeborene > Medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch	Nicht versichert	100% bis zu 6,000 € 12 Monate *Wartezeit*	100% bis zu 10.000 € 12 Monate *Wartezeit*
Komplikationen bei der Entbindung > Notfallkaiserschnitt > Medizinisch notwendiger Kaiserschnitt	Nicht versichert	100% bis zu 6.000 € zusätzlich zur Deckungssumme für Schwangerschaft und Entbindung 12 Monate *Wartezeit*	100% bis zu 10.000 € zusätzlich zur Deckungssumme für Schwangerschaft und Entbindung 12 Monate *Wartezeit*
Komplikationen während der Schwangerschaft Behandlungen, die einen stationären Aufenthalt erfordern und bei denen eine normale Entbindung das Leben der Mutter und/oder des Kindes gefährden würde (z.B. Eileiterschwangerschaft, Fehlgeburt, Schwangerschaftsvergiftung, Blasenmole, Nachgeburtsverhaltung und Eklampsie)	100%	100%	100%
Medizinisch unterstützte Reproduktion und Unfruchtbarkeitsbehandlung > Arzneimittel, Hormonbehandlung, Test > In-vitro-Fertilisation, künstliche Befruchtung (Maximal 4 Versucher pro Jahr)	Nicht versichert	Nicht versichert	100% bis zu 4.000 € (einmalige lebenslange Deckungssumme) 24 Monate *Wartezeit*

**Vorbehaltlich einer *vorherigen Kostenzusage*

Zahnmedizin***

Höchstdeckungssummen der zahnärztlichen Leistungen	Nicht versichert	3.000 €	5.000 €
Zahnärztliche Routinebehandlungen > Zwei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen pro Jahr > Röntgenaufnahmen > Zahnsteinentfernung > Einfache Füllungen > Chirurgische Leistungen, Extraktionen, Wurzelbehandlungen > Behandlung von Karies, Parodontologie, Endodontie	Nicht versichert	100% bis zur Höchstdeckungssumme für zahnärztliche Leistungen 3 Monate *Wartezeit*	100% bis zur Höchstdeckungssumme für zahnärztliche Leistungen 3 Monate *Wartezeit*
Umfassende Zahnbehandlungen > Zahnersatz, Brücken, Kronen, Inlays, Implantate	Nicht versichert	100% bis zur Höchstdeckungssumme für zahnärztliche Leistungen 6 Monate *Wartezeit*	100% bis zur Höchstdeckungssumme für zahnärztliche Leistungen 6 Monate *Wartezeit*
Kieferorthopädische Behandlungen > Behandlungsbeginn vor dem 16. Lebensjahr notwendig	Nicht versichert	100% bis zur Höchstdeckungssumme für Zahnmedizin 6 Monate *Wartezeit*	100% bis zur Höchstdeckungssumme für Zahnmedizin 6 Monate *Wartezeit*

*** 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.

Sehhilfen***			
Sehhilfen Sehhilfen (Brillenfassungen, Gläser und Kontaktlinsen) - ein Paar alle zwei Jahre	Nicht versichert	100% bis zu 250 € 6 Monate *Wartezeit*	100% bis zu 500 € 6 Monate *Wartezeit*
Laserbehandlungen Korrektur von Fehlsichtigkeit (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Astigmatismus)	Nicht versichert	Nicht versichert	100% bis zu 300 € 6 Monate *Wartezeit*

*** 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.

○ Funktionsweise der *Selbstbehalte*

Die *Selbstbehalte*:

Die Krankenversicherung wird standardmäßig ohne *Selbstbehalt* angeboten. *Sie* können jedoch folgende *Selbstbehalts*stufen wählen: 500 €, 1.000 €, 2.500 €. Wenn *Sie* sich für einen jährlichen *Selbstbehalt* entschieden haben, müssen *Sie* alle Kosten bis zur Höhe des gewählten *Selbstbehaltes* selbst tragen. Der *Selbstbehalt* gilt pro *Versicherungsjahr* und pro *Versicherten* für alle ausgewählten Krankenversicherungsleistungen.

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

○ Definitionen zu den Leistungen der Krankenversicherung

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

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

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

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

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

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

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

S **SCHWANGERSCHAFTSKOMPLIKATIONEN:** Betreffen ausschließlich die Gesundheit der Mutter. Es sind nur die folgenden Komplikationen versichert, die während der pränatalen Phasen der Schwangerschaft auftreten: Eileiterschwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Fehlgeburt, drohende Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.

STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG IN HÄUSLICHER UMGEBUNG: Es handelt sich um eine voll*stationäre Heilbehandlung*, die im Anschluss an eine *stationäre Heilbehandlung* in einem Krankenhaus, von einem koordinierenden Arzt in der Wohnung des Patienten organisiert wird und mit dem Krankenhaus, in das der Patient eingewiesen wurde, in Verbindung steht. Der koordinierende Arzt greift allein ein oder zieht andere Kollegen hinzu, um medizinische, technische und komplexe Verfahren durchzuführen. Er organisiert den Einsatz anderer Gesundheitsfachkräfte wie Krankenschwestern, Krankenpfleger oder Physiotherapeuten und setzt bei Bedarf medizinische Überwachungs- oder Hilfsgeräte ein, wie z. B. Atemhilfen oder die

Überwachung der Vitalfunktionen. Die Abgabe von Medikamenten, einschließlich Chemotherapie, am Krankenbett ist Teil der Dienstleistungen einer *stationären Heilbehandlung in häuslicher Umgebung*. Diese Pflegeleistungen bedürfen der vorherigen Zustimmung unseres Vertrauensarztes.

STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG: Aufenthalt in einem (öffentlichen oder privaten) Krankenhaus über 24 Stunden nach einem *Unfall* oder aufgrund einer *Krankheit*.

TEILSTATIONÄRE HEILBEHANDLUNG: Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden, bei dem Ihnen ein Bett zugewiesen wird, ohne dass *Sie* die Nacht im Krankenhaus verbringen.

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

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

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

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

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

Jede *stationäre Heilbehandlung*, jede Schwangerschaftsleistung, jede fortlaufende Behandlung und jeder medizinische Kostenaufwand in Höhe von 2.000 € oder mehr unterliegt der *vorherigen Zustimmung* unseres Vertrauensarztes (gültig für 6 Monate). Bevor *Sie* diese Ausgaben tätigen, müssen *Sie* uns daher **spätestens 5 Tage vor der Behandlung** eine ärztliche Verschreibung zusammen mit einem detaillierten Kostenvoranschlag zusenden. Bei einer Schwangerschaft übermitteln *Sie* uns bitte einen Nachweis über diese Schwangerschaft. Wenn diese Formalität der *vorherigen Kostenzusage* nicht eingehalten wird, wird **ein Eigenanteil in Höhe von 50 %** von der Erstattung *Ihrer* Rechnung einbehalten (außer bei *Unfällen* oder medizinischen Notfällen).

Bedingungen für das Einreichen eines Leistungsantrages

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

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

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

Für den Tarif SMART: Im Fall eines *medizinischen Notfalls* oder eines *Unfall*s, der eine Verlegung in eine Einrichtung mit Mehrbettzimmern nicht zulässt, übernehmen *wir* die Kosten für ein *Einzelzimmer* (entsprechend den *angemessenen und ortsüblichen Kosten*). Im Falle einer geplanten stationären Heilbehandlung werden *wir* die Kosten für ein *Einzelzimmer* nicht übernehmen. Für die Tarife PLUS und ELITE übernehmen *wir* die Kosten für ein *Einzelzimmer*.

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

Wenn *Sie* mit der Höhe der Erstattung bzw. der Kostenübernahme nicht einverstanden sind, benachrichtigen *Sie* uns bitte innerhalb von 6 Monaten nach dem Datum der Abrechnung. **Jede Erstattung erfolgt vorbehaltlich der Einhaltung der in Absatz 4.2 genannten Vorschriften.**

4.3. Assistance-Leistungen

Die Assistance-Leistungen sind in Ihrem Vertrag mit Ihrer Krankenversicherung enthalten.

○ Leistungsübersicht

	SMART	PLUS	ELITE
Gesamthöchstdeckungssumme pro versicherte Person und *Versicherungsjahr*	1.000.000 €	Unbegrenzt	Unbegrenzt
Assistance-Leistungen			
Krankenrücktransport In das am besten geeignete Krankenhaus oder in das *Land der Staatsangehörigkeit*/Heimatland	100%	100%	100%
Rückführung von weiteren Leistungsempfängern Im Falle eines medizinischen Rücktransportes eines der *Versicherten* in sein *Land der Staatsangehörigkeit*/Heimatland	Einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket der 1. Klasse	Einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket der 1. Klasse	Einfaches Flugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket der 1. Klasse
Begleitung von Kindern in das *Land der Staatsangehörigkeit*/Heimatland und zurück ins *Aufenthaltsland* Im Falle eines Krankenrücktransportes eines *Versicherten* in das *Land seiner Staatsangehörigkeit* oder sein Heimatland, der in der Zwischenzeit nicht in der Lage ist, für seine *unterhaltsberechtigten Kinder* unter 18 Jahre zu sorgen	Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket der 1. Klasse	Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket der 1. Klasse	Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse oder Zugticket der 1. Klasse
Rückführung der sterblichen Überreste	100%	100%	100%
Kosten für einen Überführungssarg Überführung des Leichnams auf dem Luftweg	100% bis zu 2.000 €	100% bis zu 2.000 €	100% bis zu 2.000 €

○ Wie können *Sie* die Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen?

Um die folgenden Leistungen in Anspruch nehmen zu können, ist die ***vorherige Zustimmung*** **von Europ Assistance** erforderlich.

Anwendungsbedingungen

Europ Assistance greift erst dann medizinisch ein, wenn die Organisation der ersten Hilfe von einer zuständigen *medizinischen Instanz* 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 ihre ausdrückliche *Kostenzusage* 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 Anschlägen 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.

Die Bedingungen und Deckungshöhen gelten je *Versicherte* 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 angegebenen *Aufenthaltsland* am nächsten liegt;
- oder an Ihren Wohnsitz in dem *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem *Herkunftsland*, sofern abweichend) oder an Ihren Hauptwohnsitz in Ihrem *Aufenthaltsland*.

Wenn *Sie* in ein Behandlungszentrum eingewiesen werden, das sich außerhalb des Einzugsbereiches Ihres üblichen Wohnsitzes in Ihrem *Land der Staatsangehörigkeit* oder Ihres Hauptwohnsitzes in Ihrem *Aufenthaltsland* befindet, organisiert Europ Assistance Ihre Rückreise nach medizinisch festgestellter *Konsolidierung* und übernimmt Ihren Transfer an den Ort Ihres Hauptwohnsitzes in Ihrem *Aufenthaltsland* oder in dem *Land* Ihrer *Staatsangehörigkeit*.
Der Rücktransport kann in einem Sanitätswagen (Leichtfahrzeug), einer Ambulanz, mit der Bahn, mit einem Linienflug oder mit einem Ambulanzjet erfolgen. Die Entscheidung über den Ort des Krankenhausaufenthaltes, das Datum, die Notwendigkeit Ihrer Begleitung und die verwendeten Mittel wird ausschließlich vom *Ärzteteam* getroffen. Eine Ablehnung der vom *Ärzteteam* vorgeschlagenen Lösung bewirkt die Annullierung der Personen-Assistance-Versicherung. **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 *unterhaltsberechtigten Kinder* unter 18 Jahren zu kümmern, die ebenfalls vom Vertrag begünstigt sind, stellt Europ Assistance der Person Ihrer Wahl ein Reiseticket für die Hin- und Rückreise (Flugzeug Economy-Klasse oder Bahn 1. Klasse) zur Verfügung, um Ihre *unterhaltsberechtigten Kinder* in Ihr *Land der Staatsangehörigkeit* zurückzubringen.

Überführung der sterblichen Überreste bei Ableben und Kosten für den Sarg

Nach 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 *Aufenthaltes* oder Ihrer *Herkunft* (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 2.000 €** 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.

5. Was aus Ihrem Vertrag ausgeschlossen ist

5.1. Gemeinsame *Ausschlüsse* für alle Versicherungsleistungen

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

- *Vorerkrankungen*;
  - ***Unfälle* oder *gesundheitliche Affektionen*, die vor dem Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrags in die Versicherung eingetreten sind, es sei denn, sie wurden zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses erklärt UND genehmigt;**
  - **alle Komplikationen, die durch Erkrankungen verursacht werden, die nicht durch Ihren Vertrag abgedeckt sind.**

Zur Erinnerung, unter *Vorerkrankungen* versteht man jede *gesundheitliche Affektion* oder Pathologie, die vor dem Datum der Unterzeichnung Ihres Aufnahmeantrags (einschließlich Ihres Gesundheitsfragebogens) diagnostiziert, *medizinisch versorgt* oder durch medizinische Untersuchungen erforscht und/oder behandelt wurde. Als *Vorerkrankung* gilt jede derartige *gesundheitliche Affektion* oder *symptoma*tische Affektion, von der *Sie* zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts Kenntnis hatten oder vernünftigerweise hätten haben können.

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

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.

5.2. *Ausschlüsse* für die Krankenversicherungsleistungen

Zusätzlich zu den gemeinsamen *Ausschlüssen* für alle Versicherungen, die unter vorstehenden Absatz 5.1 aufgeführt sind, sind alle Folgen und Konsequenzen der nachfolgenden Punkte aus dieser Versicherung ausgeschlossen:

- alle Ausgaben für Behandlungen oder Verschreibungen vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrags oder während der *Wartezeiten*;
- alle Ausgaben, die nicht *medizinisch notwendig* sind;
- un*angemessene und* un*übliche Kosten*:
  - Kosten, die verschwenderisch, unangemessen oder in Anbetracht des Landes, in dem sie entstanden sind, unüblich sind.
- Komfort-/Ästhetik-/Alternativbehandlungen:
  - Kosten für kosmetische Behandlungen und Schönheitsoperationen zur Verbesserung des Aussehens (auch wenn sie ärztlich verordnet sind), es sei denn, sie sind zur Wiederherstellung einer Funktion oder des Aussehens nach einem entstellenden *Unfall* oder nach einer Krebsoperation erforderlich, vorausgesetzt, dass der *Unfall* oder die Operation ebenfalls von APRIL International versichert war;
  - die Kosten für Septoplastik, Rhinoplastik und Operationen im Zusammenhang mit einer Nasenscheidewandverkrümmung, außer im Falle eines *Unfalls*, der von APRIL übernommen wird, oder in Ausnahmefällen, die der Zustimmung des Versicherers bedürfen;
  - Operationen zur Gewichtsreduktion;
  - Kuren zur Verjüngung, Abmagerung, Mast;
  - Thermalkuren und Thalassotherapien;
  - alternative Heilmethoden (mit Ausnahme der Heilmethoden, die in der Leistungsübersicht aufgeführt sind);
  - Nebenkosten (mit Ausnahme der Kosten, die in der Leistungsübersicht aufgeführt sind) im Rahmen einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus.

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

  - alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, die nicht von einer qualifizierten *medizinischen Instanz* verordnet wurden;
  - alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, die nicht von einer qualifizierten *medizinischen Instanz* verordnet wurden;
  - jede von Ihnen oder einem *Familienmitglied* verordnete oder durchgeführte Behandlung;
  - experimentelle Behandlungen.

- **Apothekenleistungen:**
  - Nicht-Generika, wenn ihre generische Form verfügbar ist und dem *Versicherten* verschrieben werden kann;
  - Pharmazeutische Produkte ohne Arzneimittel: Parapharmazeutische Produkte, Kosmetika, Hygieneprodukte, Sonnen- und/oder Feuchtigkeitscremes, Make-up-Produkte, Wellnessbehandlungen, Vitamine und Mineralien (mit Ausnahme von Eisen, Folsäure und Vitamin D auf ärztliche Verschreibung bei nachgewiesenem Mangel), Nahrungsergänzungsmittel, Diätprodukte, Babynahrung, Mineralwasser;
  - Kosten für den Erwerb von Arzneimitteln oder Behandlungen, die außerhalb ihrer therapeutischen Indikation gemäß der Zulassung verwendet werden oder wenn sie zu medizinisch nicht gerechtfertigten Zwecken verschrieben werden (ästhetische Gewichtsabnahme oder Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit).

- **Geräte und Apparaturen:**
  - Brillen und Kontaktlinsen ohne Sehkorrektur;
  - Thermometer und Blutdruckmessgeräte.

- **Aufenthalte in spezialisierten Einrichtungen:**
  - Aufenthalte im Bereich Gerontologie, in medizinisch-pädagogischen Instituten und ähnlichen Einrichtungen;
  - Krankenhauszentren und Einrichtungen für pflegebedürftige ältere Menschen und Langzeitkrankenhausaufenthalte;
  - Aufenthalte in Erholungs- oder Genesungsheimen, Sanatorien oder Präventorien, die nicht von den zuständigen staatlichen Behörden zugelassen sind und nicht auf eine über diesen Vertrag versicherte *stationäre Heilbehandlung* im Krankenhaus folgen;
  - Kosten für eine *stationäre Heilbehandlung* in einem Sanatorium oder Präventorium, wenn die Einrichtungen, die den *Versicherten* aufgenommen haben, nicht von der zuständigen staatlichen Behörde zugelassen sind.

- **Transportkosten:**
  - Transportkosten, die nicht durch einen Krankenwagen bis zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung entstehen;
  - Kosten für die Suche und den Transport für eine Organtransplantation.

- **Weitere:**
  - Behandlungen, die per Telekonsultation von medizinischen Fachkräften erbracht werden, die sich außerhalb Ihrer *Versicherungszone* befinden. Dieser *Ausschluss* gilt nicht für den von APRIL angebotenen Telekonsultationsservice;
  - Behandlung von Alkoholismus, Drogenabhängigkeit oder einer anderen Sucht oder *Krankheit*, die mit einer solchen Abhängigkeit zusammenhängt (einschließlich Entzugsprogramme);
  - Operationen und Behandlungen im Zusammenhang mit einer Geschlechtsumwandlung;
  - Kosten, die dem Organspender angelastet werden;
  - Wachstumshormone;
  - Medikamente und Behandlungen im Zusammenhang mit Erektionsstörungen;
  - Psychotherapie und ambulante Behandlungen (Konsultationen, Medikamente, Diagnosetests und Laboranalysen) im Zusammenhang mit:
    - Geistes- und Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen, Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen;
    - Schlafstörungen (Schlaflosigkeit, Hypersomnie, Schlafwandeln), Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus;

  - die Kosten für Formalitäten im Zusammenhang mit dem Antrag auf Erstattung oder sonstige Verwaltungskosten (wie Bearbeitungsgebühren oder Aufnahmegebühren);
  - Folgen und Konsequenzen eines Bürger- oder Auslandskriegs, eines Aufstands, einer Rebellion, eines Aufruhrs, eines Militärputsches oder einer Machtanmaßung, eines Kriegsrechts oder der Handlungen einer rechtswidrig gegründeten Behörde, unabhängig vom Ort, an dem die Ereignisse stattfinden, und unabhängig von den Beteiligten, insbesondere wenn der *Versicherte* sich selbst in Gefahr gebracht hat, indem er in ein von der französischen Regierung oder der Regierung des Landes, in das er auswandert, stark abgeratenes Gebiet eingereist ist, oder wenn er seine eigene Sicherheit in eklatanter Weise missachtet hat.

5.3. *Ausschlüsse* für die Assistance-Versicherungsleistungen

Zusätzlich zu den gemeinsamen *Ausschlüssen* für Leistungen, die unter vorstehenden Absatz 5.1 aufgeführt sind, sind aus der Assistance-Versicherung die Kosten ausgeschlossen, die sich aus den folgenden Tatsachen oder Ereignissen ergeben (diese Kosten werden keinesfalls erstattet werden, und führen nicht zu einer Intervention von Europ Assistance):

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

Nicht übernommen werden:
- wiederholte Transporte, die aufgrund des Gesundheitszustands des *Versicherten* erforderlich sind;
- Ereignisse, die aufgrund der Teilnahme des *Versicherten* als Wettbewerber an Sportwettkämpfen, Wetten, Spielen, Matches, Wettbewerbe oder deren Vorbereitungstrainings eingetreten sind;
- Folgen, die sich aus jeder neuropsychischen, psychologischen oder psychosomatischen Störung, aus jeder Manifestation, die eine Behandlung mit neuropsychiatrischem Fokus rechtfertigt und insbesondere aus Nervenzusammenbrüchen und Angstzuständen ergeben.

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

Die Leistung des Assisteurs ist in den folgenden Fällen eingeschränkt:
- er kann nur im Rahmen der von den örtlichen Behörden erteilten Genehmigungen tätig werden;
- er kann in keinem Fall an die Stelle der örtlichen Nothilfeorganisationen treten oder die so entstandenen Kosten übernehmen;
- er haftet nicht für Versäumnisse oder Verzögerungen bei der Erfüllung der Verpflichtungen, die durch *höhere Gewalt* oder Ereignisse wie Aufruhr, Bürgerkrieg, ausländischer Krieg, Volksbewegung, Revolution, Streik, Beschlagnahme oder Zwang durch die öffentliche Gewalt, behördliches Verbot, Piraterie, Explosion eines Geräts, nukleare oder radioaktive Wirkung, klimatische Verhinderung entstehen;
- er ist nicht verpflichtet, in Fällen einzugreifen, in denen der *Versicherte* vorsätzlich Verstöße gegen die geltenden Gesetze der Länder begeht, die er durchreist oder in denen er sich aufhält und die nicht seinem *Land der Staatsangehörigkeit* entsprechen.

6. *Datum des Inkrafttretens*, Laufzeit und Widerruf des Vertrags

6.1. Wann tritt Ihr Vertrag in Kraft?

Das Datum Ihrer Aufnahme entspricht dem *Datum des Inkrafttretens* der Leistungen, die *Sie* auf Ihrem Aufnahmeantrag angegeben haben. Er tritt frühstens am Tag des Einganges der vollständigen Aufnahmeunterlagen (inkl. Aufnahmeantrag und Gesundheitsfragebogen, jeweils ausgefüllt und unterschrieben von den zu Versichernden) unter der aufschiebenden Bedingung der Zahlung des ersten *Beitrages* in Kraft. Sofern Ihr Aufnahmeantrag eine medizinische Prüfung erfordert, beginnt Ihr Versicherungsvertrag frühestens am Tag der medizinischen Genehmigung durch unsere Ärzte. Das *Datum des Inkrafttretens* Ihres Vertrags ist auf der *Versicherungsbescheinigung* angegeben, die Ihnen in Ihrem passwortgeschützten *Versicherten*portal und auf Ihrer Easy Claim App zur Verfügung gestellt wird.

6.2. Für Ihren Vertrag geltende *Wartezeiten*

Der Versicherungsschutz ist für alle *Versicherten* ab dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrags gültig, unter Vorbehalt der Anwendung folgender *Wartezeiten* für die Krankenversicherung:

- 3 Monate für zahnärztliche Routinebehandlungen
- 6 Monate für umfassende Zahnbehandlungen und Sehhilfen (Kontaktlinsen, Brillenfassungen- und Gläser und Laserbehandlungen)
- 12 Monate für Schwangerschaft und Entbindung, Krebsvorbeugende chirurgische Maßnahmen
- 12 Monate für stationäre psychiatrische Behandlungen
- 24 Monate für medizinisch unterstützte Reproduktion und Fruchtbarkeitsbehandlungen

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

6.3. Versicherungslaufzeit und Erneuerung Ihres Vertrags

Der Versicherungsvertrag hat eine Mindestlaufzeit von 12 Monaten. 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 Jahr stillschweigend um ein weiteres Jahr, ohne zeitliche Begrenzung, unabhängig von Ihrem Alter, Ihrem Gesundheitszustand und der Höhe Ihrer medizinischen Ausgaben. Die Aufnahme in die Krankenversicherung ist so lange gültig, wie *Sie* es wünschen, d. h., dass die Versicherer Ihren Vertrag nicht kündigen können, mit Ausnahme der unter Pkt. 6.4. 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 Hauptfälligkeitsdatum des Vertrags) sowie über eventuelle Tarifänderungen (zwei Monate vor ihrem Inkrafttreten) zu informieren. Die zum Zeitpunkt der Verlängerung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Leistungsübersicht gelten für die gesamte Dauer des Versicherungsjahres.
Wenn *wir* innerhalb von 30 Tagen keine Antwort von Ihnen erhalten, verlängert sich der Vertrag automatisch, vorbehaltlich des Zahlungseingangs der entsprechenden *Beiträge*.

6.4. Einstellung der Versicherungsleistungen Ihres Vertrags

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

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

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

d) bei Nichtzahlung der *Beiträge* (s. Punkt 7.3);
e) bei Kündigung der Vereinbarung des Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer oder die „Association des Assurés APRIL" (Verein der APRIL-*Versicherten*) am Hauptfälligkeitsdatum des Vertrages (in diesem Fall verpflichtet sich die Vereinigung, jeden *Versicherungsnehmer* darüber zu informieren);
f) 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*.

Sanktionen bei falschen Angaben

Unabhängig davon, ob es sich um Erklärungen handelt, die bei Vertragsabschluss oder während der Vertragslaufzeit abzugeben sind, führt jedes Verschweigen oder jede vorsätzlich falsche Erklärung, bei jeder Unterlassung oder unrichtiger Erklärung bei der Risikomeldung, je nach Fall 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, rechtliche Schritte einzuleiten, um den *uns* entstandenen Schaden zu ersetzen. In diesem Fall müssen *Sie* alle Leistungen zurückzahlen, die Ihnen im Rahmen dieses Vertrages zu Unrecht erstattet wurden.

6.5. Wie können *Sie* Ihren Vertrag widerrufen?

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

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

Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz, auch auf eigenen Wunsch hin, Gegenstand eines Haustürgeschäfts ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsantrag oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit fällt, hat das Recht, diesen Vertrag innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses per Einschreiben mit Rückschein ohne Begründung und straffrei zu widerrufen. (...)
Dieses Widerrufsrecht kann der Unterzeichner nicht mehr ausüben, sobald er von einem Schadensfall Kenntnis hat, für den der Versicherungsschutz in Anspruch genommen wird.

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

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

Allgemeine Bedingungen für die Ausübung des Widerrufsrechtes:

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

Dafür ist es ausreichend, das Widerrufsformular auf Seite 39 auszufüllen oder APRIL International Care France einen nach folgender Vorlage verfassten Brief zu schicken:

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

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

7. Die Berechnung und die Entwicklung der *Beiträge*

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

7.1. Wie wird die Höhe Ihrer *Beiträge* berechnet?

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

Die Höhe des *Beitrags* wird einschließlich aller Steuern angegeben. Jede Änderung des Steuersatzes führt zu einer Änderung der Höhe des *Beitrags*. Dieser Betrag wird in der *Beitrags*aufforderung angegeben.
Im Laufe des Jahres kann sich der *Beitrag* je nach Alter jedes *Versicherten*, dem *Aufenthaltsland*, der *Versicherungszone* und dem Land der medizinischen Behandlung, dem gewählten Tarif, dem *Selbstbehalt*, der medizinischen Inflation, der Entwicklung der versicherungstechnischen Ergebnisse der *Versicherten*gruppe oder anderen Risikofaktoren, die einen wesentlichen Einfluss auf die Versicherung haben können, ändern.

Hinweis: Die Zusammensetzung der *Versicherten*gruppe berücksichtigt das Jahr der Versicherungsaufnahme, das Alter jedes *Versicherten*, die geografische Zone des Aufenthaltsorts im Ausland, die Zusammensetzung der versicherten Familie, die Währung und die abgeschlossenen Leistungen.

Sie müssen *uns* die Änderung dieser Kriterien melden, sobald *Sie* davon Kenntnis erhalten, die *Beitrags*höhe wird gegebenenfalls entsprechend angepasst.

7.2. Die Zahlungsweisen

Die *Beiträge* sind je nach der vom *Versicherungsnehmer* gewählten Zahlungsweise in Euro 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)

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

Die Währung für die Verwaltung Ihres Vertrags, sowohl für die Zahlung Ihrer *Beiträge* als auch für Ihre Erstattungen, ist der Euro.

7.3. Was passiert bei Nichtzahlung der *Beiträge*?

Bei Nichtzahlung eines *Beitrages* innerhalb von 60 Tagen nach seiner Fälligkeit senden *wir* dem *Versicherungsnehmer* eine Mahnung 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 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*.

8. Änderung Ihres Vertrags

8.1. Wie können *Sie* Ihren Vertrag ändern?

Der *Versicherungsnehmer* kann während der Vertragslaufzeit die *Versicherungszone*, den Tarif und die ursprünglich gewählten Optionen unter den nachstehend aufgeführten Bedingungen ändern.
Dieser Antrag kann dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden, und die *Versicherten* müssen sich einer neuen Gesundheitsprüfung unterziehen, die im Rahmen des Vertrages vorgesehen sind:

› Bei Änderung der Höhe des jährlichen *Selbstbehalts*
  - Diese Änderungen sind nur zum Hauptfälligkeitsdatum des Vertrages möglich, vorbehaltlich der Annahme des Versicherers.
› Bei Änderungen der *Versicherungszone* 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 bei Wechsel des *Aufenthaltslandes*).
  - Die Pauschalen (Zahnmedizin, Sehhilfen […]) sind nicht kumulativ, wenn während der Vertragslaufzeit ein Wechsel des Krankenversicherungstarifes erfolgt.

8.2. Welche Informationen müssen *Sie* uns mitteilen?

Der *Versicherte* und der *Versicherungsnehmer* 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. Diese Änderungen können sich auf den *Beitrag* auswirken.

9. Allgemeine Bestimmungen

9.1. Wer versichert Ihren Vertrag?

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

- **für die Krankenversicherung:**
Gruppenversicherungsvereinbarungen mit freiwilliger Versicherungsaufnahme mit Groupama Gan Vie (Krankenversicherungsvereinbarungen 0180/200441/20000), Aktiengesellschaft mit einem Kapital von 1 371 100 605 € (vollständig eingezahlt), eingetragen im Handelsregister Paris unter der Nummer 340 427 616 (Code APE: 6511Z), geschäftsansässig in 8-10, Rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANKREICH;

- **für die Assistance-Leistungen:**
Gruppen-Assistance-Vereinbarungen mit freiwilliger Versicherungsaufnahme mit Chubb European Group SE (Vereinbarungen FRBOTA73511), einem Unternehmen mit einem Kapital von 896.176.662 Euro, das dem frz. Versicherungsrecht unterliegt. Firmensitz: La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANKREICH, eingetragen im Handelsregister von Nanterre unter der Nummer 450 327 374. (Code APE: 660E)

9.2. Gesetzlicher Rahmen

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

9.3. Verjährung

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

Diese Frist läuft jedoch nicht:
1. Bei Anzeigepflichtverletzung, Unterlassung, falschen oder ungenauen Angaben über das eingegangene Risiko erst ab dem Tag, an dem der Versicherer davon Kenntnis erlangt hat;
2. Im *Schadensfall* erst ab dem Tag, an dem die Betroffenen davon Kenntnis erhalten haben, wenn sie beweisen, dass sie bis dahin nichts davon gewusst haben.

Wenn die Klage des *Versicherten* gegen den Versicherer auf dem Rückgriff eines Dritten beruht, beginnt die Verjährungsfrist erst mit dem Tag, an dem der Dritte den *Versicherten* gerichtlich in Anspruch genommen hat oder von ihm entschädigt worden ist.
Die Verjährung wird durch einen der gewöhnlichen Gründe für die Unterbrechung der Verjährung und durch die Bestellung von Sachverständigen nach einem *Schadensfall* unterbrochen. Die Unterbrechung der Verjährung des Anspruchs kann sich außerdem aus der Versendung eines Einschreibens oder eines elektronischen Einschreibens mit Empfangsbestätigung ergeben, dass hinsichtlich der Klage auf Zahlung der Prämie vom Versicherer an den *Versicherten* und hinsichtlich der Klage auf Zahlung der Entschädigung vom *Versicherten* an den Versicherer gerichtet ist.

Die Parteien des Versicherungsvertrags können selbst im gegenseitigen Einvernehmen weder die Dauer der Verjährungsfrist ändern noch Gründe für deren Aussetzung oder Unterbrechung hinzufügen.
Die im Zivilgesetzbuch vorgesehenen gewöhnlichen Ursachen für die Unterbrechung der Verjährung sind:
- **die Anerkennung des Rechts desjenigen, gegen den er verjährte, durch den Schuldner;**
- **die gerichtliche Klage;**
- **eine Sicherungsmaßnahme, die in Anwendung der Zivilprozessordnung ergriffen wurde, oder eine Zwangsvollstreckungshandlung;**
- **die Aufforderung an einen der Gesamtschuldner durch eine Klage oder eine Zwangsvollstreckungshandlung oder die Anerkennung des Rechts desjenigen, gegen den er verjährt ist, durch den Schuldner;**
- **die Aufforderung an den Hauptschuldner oder seine Anerkennung für die auf Bürgen anwendbaren Verjährungsfälle.**

9.4. Forderungsübergang

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

9.5. Kontrolle

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

9.6. Beschwerde – Vermittlung

Die Qualität unserer Dienstleistungen steht im Mittelpunkt unserer Verpflichtungen, aber wenn *Sie* dennoch eine Beschwerde bezüglich der von unserer Gesellschaft erbrachten Dienstleistungen einreichen möchten, können *Sie* sich an Ihren üblichen Ansprechpartner wenden:
- APRIL International Care France - Service Courrier - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan – FRANKREICH
- Unsere Büros: APRIL International Care France - 14, rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANKREICH
- E-Mail: reclamation.expat@april-international.com

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

Anrufung des Ombudsmanns: Wenn *Sie* mit der Antwort nicht zufrieden sind oder 2 Monate nach dem Versand Ihrer ersten schriftlichen Beschwerde, können *Sie* sich unter folgender Adresse an den zuständigen Ombudsmann wenden:
- La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANKREICH,
- E-Mail: le.mediateur@mediation-assurance.org

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

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

9.7. Gesetz zur elektronischen Datenverarbeitung und Informationsfreiheit

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

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

WIDERRUF

Artikel L.112-9 des französischen Versicherungsgesetzes

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

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

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

Name des Vertrages: **Across Global Cover Réf. AGC Cov26**

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*

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

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

april International
VERSICHERUNG LEICHT GEMACHT

Auszug aus der Satzung des Vereins der APRIL-Versicherten

Die vollständige Satzung und die Geschäftsordnung können im Internet unter folgender Adresse eingesehen werden: www.association-assures-april.fr

Aktualisiert am 17. April 2018

Artikel 2. Zweck

Der Zweck dieses Vereins ist:

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

Artikel 5. Zusammensetzung

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

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

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

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

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

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

Artikel 6. Verlust der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft erlischt:

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

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

Artikel 8. Gegenüber den Mitgliedern geltende Bestimmungen

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

Artikel 9. Mittel des Vereins

Die Mittel des Vereins setzen sich zusammen aus:

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

Artikel 11. Solidaritätsfonds

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

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

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

Artikel 13. Generalversammlungen

1. Generalversammlungen

1.1 Ordentliche Generalversammlung

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

Die ordentliche Generalversammlung hört:

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

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

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

1.2 Außerordentliche Generalversammlung

Sie wird unter den nachstehend festgelegten Bedingungen einberufen.

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

2. Einberufung

2.1 Einberufung der ordentlichen und außerordentlichen Generalversammlung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Stimmrecht

3.1 Stimmrecht bei ordentlichen und außerordentlichen Generalversammlungen

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

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

Jedes Mitglied, das eine natürliche Person ist, hat das Recht, ein anderes Mitglied oder dessen Ehepartner zu bevollmächtigen. Ein einzelnes

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

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

3.1.1 Ordentliche Generalversammlung

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

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

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

3.1.2 Außerordentliche Generalversammlung

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

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

4. Durchführung der Versammlungen

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

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

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

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

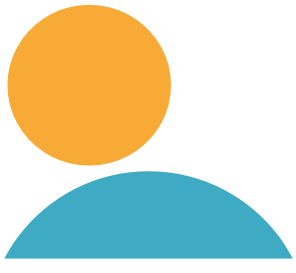
4.1 Abhaltung von ordentlichen und außerordentlichen Generalversammlungen

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

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

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

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



06/2025 – Alle Marken, Logos, grafischen Leitfäden und Verkaufsargumente von APRIL Santé Prévoyance, die in diesem Dokument enthalten s ind, sind eingetragen und Eigentum von APRIL Santé Prévoyance S.A.S.U. Jede vollständige oder teilweise Vervielfältigung dieser Elemente und Texte jeglicher Art ist untersagt und wird strafrechtlich verfolgt.