GlobalHealth



Journey

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Inhalt

1. Vertragliche Grundlage . . . 3

2. Rahmenbedingungen des Versicherungsvertrags . . . 4

2.1 Erklärungen bei Abschluss des Versicherungsvertrags und während der Laufzeit . . . 4
2.2 Sonstige Anzeigepflichten während der Laufzeit des Versicherungsvertrags . . . 5
2.3 Kumulierte Versicherung . . . 6
2.4 Widerrufsrecht . . . 6
2.5 Inkrafttreten . . . 7
2.6 Versicherungsbeginn für Neugeborene . . . 7
2.7 Beendigung des Versicherungsvertrags . . . 8
2.8 Kündigung . . . 8
2.9 Nichtigkeit des Versicherungsvertrags . . . 9
2.10 Kündigungsformalitäten und -fristen . . . 9
2.11 Beitragserstattung bei Kündigung . . . 9

3. Leistungen . . . 11

3.1 Wartezeiten . . . 11
3.2 Frist zur Anmeldung von Leistungsansprüchen . . . 11
3.3 Obliegenheiten und Formalitäten . . . 11
3.4 Zahlung von Leistungen . . . 12
3.5 Bei einem Unfall oder Notfall . . . 13
3.6 Forderungsübergang . . . 13
3.7 Verjährungsfrist . . . 13

4. Zahlung und Berechnung der Beiträge . . . 14

4.1 Beitragszahlung . . . 14
4.2 Zahlung von Versicherungssteuern und sonstigen Gebühren . . . 14
4.3 Beitragsberechnung . . . 14
4.4 Anpassung der Kosten/Beiträge . . . 14
4.5 Folgen verspäteter Zahlung . . . 15
4.6 Vertragswährung . . . 15

5. Sonstige Bestimmungen . . . 17

5.1 Änderung der Versicherungsbedingungen . . . 17
5.2 Änderung des Versicherungsschutzes . . . 17
5.3 Datenschutz . . . 17
5.4 Sanktionen . . . 19
5.5 Anzeigen . . . 20
5.6 Rechtsstreitigkeiten . . . 20
5.7 Anwendbares Recht und Gerichtsstand . . . 21
5.8 Lokale Gesetzgebung . . . 21
5.9 Sprache und Kommunikation . . . 21
5.10 Bericht über die Solvabilität und Finanzlage . . . 22
5.11 Garantiefonds . . . 22
5.12 Höhere Gewalt . . . 22
5.13 Änderung der Vertragsdaten . . . 22

6. Glossar . . . 23

1. Vertragliche Grundlage

Der den Versicherungsvertrag zeichnende Versicherer ist Foyer Global Health S.A., ein Krankenversicherungsunternehmen mit der Rechtsform einer Aktiengesellschaft (société anonyme), die Ihren Firmensitz in 12, rue Léon Laval L-3372 Leudelange hat, unter der Nr. B134.471 im Luxemburger Handels- und Gesellschaftsregister eingetragen ist und unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxemburg; +352226911-1; caa@caa.lu) steht.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten des Versicherers, des Versicherungsnehmers und der versicherten Person im Rahmen des Versicherungsvertrags sind in den folgenden Dokumenten, die gesamtheitlich den Versicherungsvertrag bilden, in ihrer jeweiligen Fassung geregelt:

- das Antragsformular,
- der Versicherungsschein,
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (dieses Dokument),
- die Speziellen Versicherungsbedingungen,
- die Besonderen Versicherungsbedingungen,
- die Glossare,
- alle späteren schriftlichen Vereinbarungen, die zwischen dem Versicherer, dem Versicherungsnehmer und ggf. der versicherten Person getroffen werden.

Begriffe, die in den Versicherungsbedingungen großgeschrieben sind, haben die in den Glossaren definierte Bedeutung, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes angegeben ist. Begriffe im Singular schließen den Plural (und umgekehrt) mit ein, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes angegeben ist.

Im Falle von Abweichungen zwischen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Speziellen Versicherungsbedingungen und den Besonderen Versicherungsbedingungen besitzen die Besonderen Versicherungsbedingungen Vorrang vor den Speziellen Versicherungsbedingungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, und die Speziellen Versicherungsbedingungen haben Vorrang vor den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Grundsätzlich hat die englische Fassung aller relevanten Unterlagen und Dokumente stets Vorrang vor allen anderen Sprachfassungen oder Übersetzungen.

Der Versicherer übernimmt bis zu 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu den entsprechenden Höchstbeträgen des gewählten Tarifs sowie den jährlichen Höchstbeträgen, die im Leistungsumfang der Speziellen Bedingungen aufgeführt sind, sofern in den Besonderen Bedingungen, im Versicherungsschein oder einer späteren schriftlichen Vereinbarung zwischen dem Versicherer, dem Versicherungsnehmer und ggf. der versicherten Person nichts anderes vereinbart wurde.

Alle Informationen, die der Versicherer dem Versicherungsnehmer im Rahmen des Versicherungsvertrags bereitgestellt hat, gelten weiterhin, sofern nichts anderes angegeben ist.

2. Rahmenbedingungen des Versicherungsvertrags

Die rechtlichen Rahmenbedingungen des Versicherungsschutzes und alle daraus resultierenden Leistungen ergeben sich aus der aktuellen Version des Versicherungsvertrags sowie aus den geltenden Gesetzen, Vorschriften, Richtlinien, Leitlinien oder Auslegungen einer Aufsichtsbehörde in den jeweils gültigen Fassungen.

2.1 Erklärungen bei Abschluss des Versicherungsvertrags und während der Laufzeit

2.1.1 Antragstellung und Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsschutz beantragen, indem er ein Antragsformular ausfüllt, das er von seinem Versicherungsvermittler, direkt vom Versicherer, über die Website des Versicherers oder einem anderen vom Versicherer angebotenen digitalen Kanal erhält.

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, alle Fragen des Versicherers wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten und gegebenenfalls die versicherte Person zu veranlassen, dies ebenfalls zu tun.

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich ferner, bei Abschluss der Versicherung alle Umstände anzugeben, die ihm bekannt sind und die er vernünftigerweise als für die Beurteilung des versicherten Risikos durch den Versicherer bedeutsam erachtet und gegebenenfalls die versicherte Person zu veranlassen, dies ebenfalls zu tun. Der für den Versicherungsvertrag geltende Versicherungsbeitrag wird entsprechend festgesetzt.

Die versicherte Person und der Versicherungsnehmer haften gesamtschuldnerisch dafür, dass alle Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag vollständig und korrekt beantwortet werden.

Der Versicherungsnehmer kann das Antragsformular per Post oder E-Mail an den Versicherer senden oder es alternativ digital über das Online-Portal des Versicherers einreichen. Das Antragsformular verpflichtet weder den Versicherungsnehmer noch den Versicherer zum Abschluss des Versicherungsvertrags. Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer jedoch innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab Erhalt des Antragsformulars über das Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrags, eventuellen Bedarf an weiteren Informationen oder die Ablehnung des eingereichten Antrags. Der Versicherer hat das Recht, alle Daten anzufordern, die gesetzlich vorgeschrieben oder im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag erforderlich oder nützlich sind.

Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass der Versicherungsnehmer alle vor Versicherungsbeginn gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet hat (die sogenannte „vorvertragliche Anzeigepflicht").

2.1.2 Vorsätzliche Unterlassung oder Unrichtigkeit

Ungeachtet anderer gesetzlicher Nichtigkeitsgründe ist der Versicherungsvertrag unwirksam, wenn vorsätzliche Unterlassungen oder Unrichtigkeiten bei den Antworten und Erklärungen den Versicherer während seiner Risikobewertung irregeführt haben. In diesen Fällen hat der Versicherer Anspruch auf die bereits gezahlten Beiträge.

2.1.3 Unbeabsichtigte Unterlassung oder Unrichtigkeit

Ist die Unterlassung oder Unrichtigkeit nicht vorsätzlich, ist der Versicherungsvertrag nicht unwirksam. In diesem Fall kann der Versicherer jedoch innerhalb von 1 (einem) Monat ab dem Tag, an dem er von der betreffenden Unterlassung oder Unrichtigkeit Kenntnis erlangt hat, eine Änderung des Versicherungsvertrags vorschlagen, die ab dem Tag in Kraft tritt, an dem der Versicherer von der Unterlassung oder Unrichtigkeit Kenntnis erlangt hat.

Weist der Versicherer unter diesen Umständen nach, dass er das betreffende Risiko niemals versichert hätte, wenn er die erforderlichen vollständigen und genauen Angaben bei der Zeichnung des Versicherungsvertrags erhalten hätte, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag innerhalb von 1 (einem) Monat ab dem Zeitpunkt kündigen, an dem er Kenntnis von der Unterlassung oder Unrichtigkeit erhalten hat.

Lehnt der Versicherungsnehmer die vorgeschlagene Änderung des Versicherungsvertrags ab oder wird dieser Vorschlag nicht innerhalb von 1 (einem) Monat nach Eingang des Vorschlags angenommen, so kann der Versicherer den Versicherungsvertrag innerhalb von 15 (fünfzehn) Kalendertagen kündigen.

Ist das Unterlassen oder die Unrichtigkeit das Verschulden des Versicherungsnehmers und tritt ein Versicherungsfall ein, bevor die Änderung oder Kündigung des Versicherungsvertrags im Sinne der vorstehenden Absätze wirksam wird, ist der Versicherer nur verpflichtet, Leistungen im Verhältnis des vom Versicherungsnehmer tatsächlich gezahlten Beitrags zu dem Beitrag, den der Versicherungsnehmer hätte zahlen müssen, wenn das Risiko vollständig und richtig angegeben worden wäre, zu erbringen. Weist der Versicherer allerdings nach, dass er das betreffende Risiko, dessen tatsächliches Ausmaß durch den Versicherungsfall offenbart wurde, niemals versichert hätte, beschränkt sich die Leistung vom Versicherer auf die Rückerstattung aller gezahlten Beiträge.

2.2 Sonstige Anzeigepflichten während der Laufzeit des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person sind verpflichtet, alle Umstände anzuzeigen, die zu einer erkennbaren und dauerhaften Erhöhung des versicherten Risikos führen können.

Erhöht sich während der Laufzeit des Versicherungsvertrags das Risiko des Eintritts eines Versicherungsfalls in einer Weise, dass der Versicherer den Versicherungsvertrag nur zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätte, sofern die erschwerenden Umstände bereits bei Abschluss des Versicherungsvertrags bekannt gewesen wären, so hat der Versicherer innerhalb 1 (eines) Monats ab dem Zeitpunkt, zu dem er von den betreffenden erschwerenden Umständen Kenntnis erlangt hat, eine rückwirkende Änderung des Versicherungsvertrags, datiert auf den Zeitpunkt des Eintritts des erhöhten Risikos, vorzuschlagen.

Weist der Versicherer nach, dass er das erhöhte Risiko niemals versichert hätte, kann er den Versicherungsvertrag innerhalb derselben Frist kündigen.

Lehnt der Versicherungsnehmer den vom Versicherer unterbreiteten Vorschlag zur Änderung des Versicherungsvertrags ab oder wurde der Vorschlag nach Ablauf 1 (eines) Monats nach Erhalt des entsprechenden Vorschlags nicht angenommen, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag innerhalb von 15 (fünfzehn) Kalendertagen kündigen.

Tritt der Versicherungsfall ein, bevor die Änderung oder die Kündigung des Versicherungsvertrags wirksam geworden ist, und ist der Versicherungsnehmer seiner Anzeigepflicht hinsichtlich aller Umstände, die zu einer erkennbaren und dauerhaften Erhöhung des versicherten Risikos führen können, nachgekommen, bleibt der Versicherer verpflichtet, die vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Tritt der Versicherungsfall ein und der Versicherungsnehmer ist seiner Anzeigepflicht hinsichtlich aller Umstände, die zu einer erkennbaren und dauerhaften Erhöhung des versicherten Risikos führen können, nicht nachgekommen, gilt Folgendes:

a) Der Versicherer bleibt zur Zahlung der vereinbarten Leistung verpflichtet, sofern der Versicherungsnehmer die Anzeigepflichtsverletzung nicht zu vertreten hat.

b) Ist die Anzeigepflichtsverletzung auf ein Verschulden des Versicherungsnehmers zurückzuführen, ist der Versicherer nur zur Leistungserstattung im Verhältnis des vom Versicherungsnehmer tatsächlich gezahlten Beitrags zu dem Beitrag, den der Versicherungsnehmer unter Berücksichtigung der Risikoerhöhung hatte zahlen müssen, verpflichtet. Weist der Versicherer jedoch nach, dass er das erhöhte Risiko unter keinen Umständen versichert hätte, beschränkt sich seine Haftung im Versicherungsfall auf die Erstattung der für den Zeitraum nach Eintritt der Risikoerhöhung gezahlten Beiträge.

c) Hat der Versicherungsnehmer in betrügerischer Absicht gehandelt, kann der Versicherer alle Leistungen verweigern. In diesen Fällen bleiben alle, bis zum Zeitpunkt der Kenntnisnahme des Betrugs fälligen Beiträge als Schadensersatz geschuldet.

Die Bestimmungen dieser Klausel finden keine Anwendung, sofern sich der Gesundheitszustand der versicherten Person ändert.

2.3 Kumulierte Versicherung

Besteht neben dieser Versicherung eine weitere Krankenversicherung mit obligatorischem Versicherungsschutz, hat die obligatorische Krankenversicherung Vorrang vor diesem Versicherungsvertrag.

2.4 Widerrufsrecht

Wird der Versicherungsvertrag als Fernabsatzgeschäft abgeschlossen und gilt somit als „Fernabsatzvertrag" im Sinne der geltenden Gesetze, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 14 (vierzehn) Kalendertagen ohne Vertragsstrafe und ohne Angabe von Gründen vom Vertrag zurücktreten.

Die Frist zur Ausübung des Widerrufsrechts beginnt zu laufen:

- ab dem Tag, an dem der Versicherungsvertrag als Fernabsatzgeschäft abgeschlossen wird; oder
- ab dem Datum, an dem der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag erhält, wenn dieses Datum nach dem im ersten Punkt genannten Datum liegt.

Übt der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht aus, so hat er dies vor Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist per Einschreiben an den in den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Firmensitz des Versicherers mitzuteilen. Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Mitteilung vor Ablauf der Widerrufsfrist abgesandt wurde (maßgeblich ist der Poststempel).

Der Widerruf bewirkt, dass der Versicherungsnehmer zukünftig von allen Verpflichtungen, die sich aus dem Versicherungsvertrag ergeben, befreit ist.

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Widerrufsrecht Gebrauch, kann er lediglich dazu verpflichtet werden, so bald wie möglich den vom Versicherer im Rahmen des Versicherungsvertrags tatsächlich erbrachten Versicherungsschutz zu zahlen, vorausgesetzt, der fällige Beitrag wurde dem Versicherungsnehmer ordnungsgemäß mitgeteilt. Mit der Ausführung des Versicherungsvertrags darf erst begonnen werden, nachdem der Versicherungsnehmer seine Zustimmung erteilt hat.

Der zu zahlende Beitrag:

- darf einen Betrag nicht überschreiten, der in einem angemessenen Verhältnis zu den bereits erbrachten Versicherungsleistungen in Bezug auf die Gesamtheit der in dem Versicherungsvertrag vorgesehenen Leistungen steht;
- darf in keinem Fall als Strafe ausgelegt werden.

Der Versicherer ist nicht berechtigt, eine Zahlung zu verlangen, wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist mit der Ausführung des Versicherungsvertrags begonnen hat, ohne zuvor vom Versicherungsnehmer dazu aufgefordert worden zu sein.

Der Versicherer ist verpflichtet, dem Versicherungsnehmer baldmöglichst, spätestens jedoch innerhalb von 30 (dreißig) Kalendertagen, alle Beträge zu erstatten, die er vom Versicherungsnehmer gemäß dem Versicherungsvertrag erhalten hat, mit Ausnahme des Betrages, den der Versicherungsnehmer für den tatsächlich gewährten Versicherungsschutz gemäß den vorstehenden Absätzen schuldet. Die 30-Tage-Frist beginnt ab dem Tag, an dem der Versicherer die Mitteilung über den Widerruf erhält. Erfolgt die Erstattung nicht innerhalb von 30 (dreißig) Kalendertagen, so erhöht sich der geschuldete Betrag um die gesetzlichen Zinsen, die ab dem ersten Tag nach Ablauf der betreffenden Zahlungsfrist gelten.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer baldmöglichst, spätestens jedoch innerhalb von 30 (dreißig) Kalendertagen, alle vom Versicherer erhaltenen Beträge und/oder Sachen zurückzugeben, mit Ausnahme der für die Versicherungsdauer fälligen Versicherungsleistungen, wenn der Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers bereits begonnen hat. Die 30-Tage-Frist beginnt ab dem Tag, an dem die Widerrufserklärung des Versicherungsnehmers abgestempelt wurde. Erfolgt die Erstattung nicht innerhalb von 30 (dreißig) Kalendertagen, so erhöht sich der geschuldete Betrag um die ab dem ersten Tag nach Ablauf der Zahlungsfrist geltenden gesetzlichen Zinsen.

2.5 Inkrafttreten

2.5.1 Der Versicherungsvertrag kommt an dem Tag zustande, an dem der Versicherer die vom Versicherungsnehmer unterzeichneten Besonderen Versicherungsbedingungen gegenzeichnet. Grundlage hierfür ist, dass das ordnungsgemäß unterzeichnete Antragsformular eingereicht wird.

2.5.2 Der Versicherungsvertrag und die im Versicherungsschutz enthaltenen Leistungen beginnen mit dem Tag des Datums des Inkrafttretens, frühestens jedoch nach Ablauf der geltenden Wartezeiten.

Für Leistungsansprüche, die vor dem Datum des Inkrafttretens entstanden sind, wird keine Erstattung gezahlt.

2.5.3 Der Versicherungsvertrag wird für einen Zeitraum von 12 (zwölf) Monaten abgeschlossen und verlängert sich danach stillschweigend um jeweils 12 (zwölf) Monate, sofern keine der Parteien einer Verlängerung gemäß Absatz 2.10 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Berücksichtigung aller Formalitäten und Kündigungsfristen widerspricht.

2.5.4 Für Versicherungsnehmer und/oder versicherte Personen mit vorübergehendem Wohnsitz in Deutschland endet der Versicherungsschutz nach einer maximalen Dauer von 5 (fünf) aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren. Die Dauer von 5 (fünf) Versicherungsjahren beinhaltet alle Verlängerungen des Versicherungsvertrags sowie jegliche Krankenversicherungsverträge mit anderen Versicherungsgesellschaften, die zuvor für den Versicherungsnehmer und/oder die versicherten Personen bestanden haben.

2.6 Versicherungsbeginn für Neugeborene

Neugeborene sind ohne Wartezeiten und ohne medizinische Risikoprüfung als versicherte Personen ab dem Zeitpunkt ihrer Geburt versichert, sofern die leibliche Mutter mindestens 9 (neun) aufeinanderfolgende Monate vor dem Geburtsdatum Versicherungsnehmerin und versicherte Person war und innerhalb von 2 (zwei) Monaten nach dem Geburtsdatum ein neuer Antrag für das Neugeborene gestellt wird. In diesem Fall gelten die entsprechenden Leistungen für das Neugeborene rückwirkend ab dem ersten Tag des Monats, in dem das Kind geboren wurde. Der für das Neugeborene beantragte Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfangreicher sein als der, den die leibliche Mutter als versicherte Person genießt. Neugeborene können nur zu den geltenden Tarifen versichert werden, die zum Zeitpunkt der Geburt für neue Versicherungsverträge verfügbar sind.

Befindet sich die leibliche Mutter noch innerhalb der Wartezeit für Schwangerschafts- und Entbindungsleistungen, werden die dazugehörigen Aufwendungen nicht übernommen. Liegen die entsprechenden Voraussetzungen vor, besteht weiterhin Versicherungsschutz für „Neugeborenenpflege" auch wenn die leibliche Mutter die Wartezeit für Schwangerschafts- und Entbindungsleistungen nicht erfüllt hat.

In Fällen, in denen die leibliche Mutter vor dem Geburtsdatum nicht mindestens 9 (neun) aufeinanderfolgende Monate lang Versicherungsnehmerin und versicherte Person war und/oder wenn der Versicherer innerhalb von 2 (zwei) Monaten nach dem Geburtsdatum kein neues Antragsformular für das Neugeborene erhält, kann das Neugeborene ohne medizinische Risikoprüfung nicht als versicherte Person aufgenommen werden. Dies bedeutet, dass die Aufnahme des Neugeborenen in den Versicherungsvertrag einer medizinischen Risikoprüfung unterliegt, die das Ausfüllen eines medizinischen Fragebogens hinsichtlich der Gesundheit des Neugeborenen erfordert. Basierend auf diesen Angaben entscheidet der Versicherer, ob Versicherungsschutz gewährt werden kann und wenn ja, zu welchen Bedingungen und gegebenenfalls Ausschlüssen.

Geht das Antragsformular mehr als 2 (zwei) Monate nach dem Geburtsdatum ein, tritt der Versicherungsschutz für das Neugeborene frühestens an dem Tag in Kraft, an dem der Versicherer das neue Antragsformular erhält. Wird die Geburt nach Ablauf der zweimonatigen Frist angemeldet, kann dies zu einem zusätzlichen Beitrag führen, der aus versicherungsmedizinischen Gründen auf den Tarifbeitrag erhoben wird.

Der Versicherungsschutz für das Neugeborene darf nicht höher oder umfangreicher sein als der eines der beiden beim Versicherer versicherten Elternteile.

Im Falle eines adoptierten minderjährigen Kindes wird eine medizinische Risikoprüfung durchgeführt. Aus medizinischen Gründen bzw. aufgrund der Risikoprüfung kann ein zusätzlicher Beitrag von höchstens 500% auf den Tarifbeitrag erhoben werden.

2.7 Beendigung des Versicherungsvertrags

Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag erlöschen automatisch zu dem Zeitpunkt, an dem der Versicherungsvertrag endet. Dies gilt ebenfalls für Ansprüche, die vor dem entsprechenden Datum entstanden sind und/oder dem Versicherer gemeldet wurden. Für Versicherungsfälle, die während des Versicherungsjahres stattgefunden haben, besteht weiterhin Versicherungsschutz. Heilbehandlungen nach dem Ablaufdatum des Versicherungsvertrags sind jedoch nicht versichert.

2.8 Kündigung

2.8.1 Automatische Beendigung

Der Versicherungsvertrag erlischt in den folgenden Fällen automatisch:

a) Bei Erreichen der maximalen Versicherungsdauer von 5 (fünf) Versicherungsjahren für Personen mit vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland gemäß Abschnitt 2.5.4.

b) Im Falle des Todes des Versicherungsnehmers. Die hinterbliebenen versicherten Personen können den Versicherungsvertrag durch das Benennen eines neuen Versicherungsnehmers weiterführen, sofern die entsprechende Benennung dem Versicherer innerhalb von 2 (zwei) Monaten nach dem Tod des ursprünglichen Versicherungsnehmers mitgeteilt wird.

c) Wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf des Versicherungsjahres der Verlängerung des Versicherungsvertrags widerspricht. Eine solche Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass die betroffenen versicherten Personen über die Kündigung informiert wurden.

d) Wenn der Versicherungsvertrag für nichtig erklärt wird.

e) Wenn der Versicherungsschutz seit 2 (zwei) Jahren ununterbrochen ausgesetzt ist.

Eine Scheidung oder eine gleichwertige Trennung führt nicht automatisch zur Beendigung des Versicherungsvertrags. Dieser wird in diesem Fall unverändert weitergeführt.

2.8.2 Optionale Kündigung

Bei mehreren Tarifen oder versicherten Risiken kann sich die Kündigung auf einen oder mehrere dieser Tarife und/oder Risiken beziehen.

2.8.3 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag insgesamt oder für bestimmte versicherte Personen bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrags, nach Erhalt der Zahlungsmittelung des Versicherers, in der der Versicherungsnehmer über die Verlängerung des Versicherungsvertrags, die Fälligkeit des nächsten Beitrags und sein Kündigungsrecht informiert wird, kündigen.

Das Kündigungsschreiben muss vom Versicherungsnehmer spätestens 30 (dreißig) Kalendertage nach dem Postversanddatum (Poststempel) der vorgenannten Zahlungsmitteilung an den Versicherer gesendet werden. Die Kündigung wird am 2 (zweiten) Werktag nach dem Postversanddatum (Poststempel) des Kündigungsschreibens wirksam, frühestens jedoch zum Verlängerungsdatum des Versicherungsvertrags.

Werden die Versicherungsbedingungen gemäß den Bestimmungen der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen angepasst, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb von 3 (drei) Monaten nach der Absendung des Mitteilungsschreibens des Versicherers, das den Versicherungsnehmer über die betreffende Änderung informiert, kündigen. Die Kündigung wird 3 (drei) Monate nach dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens, dem auf der Empfangsbestätigung des Kündigungsschreibens angegebenen Datum oder dem Tag der Übergabe des Kündigungsschreibens an die Post, je nachdem welcher Fall zutrifft, wirksam.

Werden die Beiträge gemäß den Bestimmungen der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhöht, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb von 60 (sechzig) Tagen nach dem Postversanddatum (Poststempel) des Mitteilungschreibens des Versicherers, in dem der Versicherungsnehmer über die entsprechende Beitragserhöhung informiert wird, zu kündigen. Die Kündigung wird am 2. (zweiten) Werktag nach dem Postversanddatum (Poststempel) des Kündigungsschreibens wirksam, frühestens jedoch zum Verlängerungsdatum des Versicherungsvertrags.

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag darüber hinaus vollständig kündigen, wenn der Versicherer die Versicherung einer oder mehrerer versicherter Personen gekündigt hat. Die Kündigung muss innerhalb 1 (eines) Monats nach dem Postversanddatum (Poststempel) des Kündigungsschreibens des Versicherers erfolgen und wird innerhalb 1 (eines) Monats nach dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens des Versicherungsnehmers, dem auf der Empfangsbestätigung angegebenen Datum oder dem Tag der Übergabe des Kündigungsschreibens des Versicherungsnehmers an die Post, je nachdem welcher Fall zutrifft, wirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den gesamten Versicherungsvertrag oder kündigt er ihn für eine oder mehrere der versicherten Personen, so können die versicherten Personen einen neuen Vertrag zu denselben Bedingungen abschließen, indem sie einen neuen Versicherungsnehmer benennen, sofern diese Benennung dem Versicherer innerhalb von 2 (zwei) Monaten nach der betreffenden Kündigung erklärt wird. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen über die Kündigung des Versicherungsnehmers informiert worden sind.

2.8.4 Kündigung durch den Versicherer

Unbeschadet anderer im Versicherungsvertrag vorgesehener Kündigungsgründe kann der Versicherer den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Versicherungsleistungen in betrügerischer Weise erlangt oder zu erlangen versucht hat. Dieses Kündigungsrecht verfällt, wenn es nicht innerhalb 1 (eines) Monats ab dem Zeitpunkt, an dem der Versicherer von den die Kündigung auslösenden Tatsachen Kenntnis erlangt hat, ausgeübt wird.

Gilt der Versicherungsvertrag für mehrere versicherte Personen und sind die Voraussetzungen für die Kündigung des Versicherungsvertrags nur für bestimmte versicherte Personen erfüllt, kann die Ausübung der vorgenannten Kündigungsrechte auf die betreffenden versicherten Personen beschränkt werden.

2.9 Nichtigkeit des Versicherungsvertrags

Wird ein bestimmtes Risiko im Rahmen einer oder mehrerer Versicherungspolicen, einschließlich dieses Versicherungsvertrags, in betrügerischen Absichten mit einem zu hohen Beitrag versichert, ist der Versicherungsvertrag nichtig. In diesem Fall kann der gutgläubige Versicherer die eingenommenen Beiträge als Entschädigung des erlittenen Schadens behalten.

2.10 Kündigungsformalitäten und -fristen

Die Kündigung des Versicherungsvertrags muss per Einschreiben („lettre recommandée"), per Gerichtsvollzieherurkunde („exploit d'huissier") oder durch Übergabe des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung („remise de la lettre de résiliation contre récépissé") erfolgen.

Sofern nichts anderes vorgesehen ist, wird die Kündigung nach Ablauf einer Frist von 1 (einem) Monat ab dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens, dem auf der Quittung des Kündigungsschreibens angegebenen Datum bzw. dem Tag nach der Übergabe des Kündigungsschreibens an die Post, wirksam.

2.11 Beitragserstattung bei Kündigung

Ungeachtet des Kündigungsgrundes sind die Beiträge, die vom Versicherungsnehmer für die, nach dem Wirksamwerden der Kündigung, laufende Versicherungsperiode gezahlt wurden, innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach dem Wirksamwerden der betreffenden Kündigung zu erstatten. Nach Ablauf der Frist von 30 (dreißig) Tagen fallen die gesetzlichen Zinsen an.

Im Falle einer teilweisen Kündigung oder einer sonstigen Verringerung des Versicherungsschutzes oder der im Versicherungsvertrag vorgesehenen Leistungen gilt der vorstehende Absatz nur für die entsprechende Verringerung und in dem Umfang, in dem sie vereinbart wurde.

2.12 Haftungsbeschränkung

Der Versicherer haftet nicht für jegliche Verluste, Schäden, Ansprüche, Haftungen oder Kosten gegenüber dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person, die sich aus einer vom Versicherer vorgenommenen oder unterlassenen Handlung im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen oder der Durchführung von Maßnahmen gemäß dem Versicherungsvertrag ergeben, sofern keine grobe Fahrlässigkeit („faute lourde“) oder Vorsatz („dol“) des Versicherers vorliegt.

3. Leistungen

3.1 Wartezeiten

Die Wartezeiten beginnen mit dem Datum des Inkrafttretens. Einzelheiten hierzu sind in den Speziellen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

Unbeschadet der Bestimmungen der Speziellen Versicherungsbedingungen gelten für den Versicherungsvertrag die folgenden Wartezeiten: Bei psychiatrischer Heilbehandlung, Psychotherapien, umfassenden zahnärztlichen Leistungen, Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindungen, prophylaktischer Mastektomie und Unfruchtbarkeitsbehandlungen.

- Bei psychiatrischen Heilbehandlungen, Psychotherapien und umfassenden zahnärztlichen Leistungen beträgt die Wartezeit 10 (zehn) Monate.

- Bei Schwangerschaft und Entbindung beträgt die Wartezeit 12 (zwölf) Monate, unabhängig von der Anzahl der versicherten Personen.

- Im Falle einer prophylaktischen Mastektomie beträgt die Wartezeit 24 (vierundzwanzig) Monate.

- Im Falle einer Unfruchtbarkeitsbehandlung beträgt die Wartezeit 24 (vierundzwanzig) Monate, unabhängig von der Anzahl der versicherten Personen.

Wird der Versicherungsvertrag geändert, um die darin vorgesehenen Leistungen zu erweitern, gelten die Wartezeiten für die neu hinzukommenden Tarifleistungen gemäß dem geänderten Versicherungsvertrag.

3.2 Frist zur Anmeldung von Leistungsansprüchen

Unbeschadet der Bestimmungen der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen muss der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person dem Versicherer jeden Versicherungsfall innerhalb von 3 (drei) Monaten anzeigen.

3.3 Obliegenheiten und Formalitäten

Die versicherte Person hat alle erforderlichen Maßnahmen zur Vermeidung und/oder Minderung von Schäden und Folgeschäden zu treffen.

Der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person müssen dem Versicherer und/oder seinem Beauftragten, sofern zutreffend, alle sachdienlichen Informationen und Unterlagen unverzüglich zur Verfügung stellen, sowie alle Anfragen des Versicherers beantworten, damit dieser die Umstände und den Umfang des Leistungsantrags beurteilen kann.

Auf Verlangen des Versicherers muss sich die versicherte Person von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen lassen.

Es gelten folgende Bestimmungen:

a) Sofern nichts anderes mit dem Versicherer vereinbart ist, hat der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person bei Eintritt eines Versicherungsfalls die dazugehörigen Unterlagen und Dokumente wie Rechnungen und Zahlungsnachweise direkt an den Versicherer oder das zuständige Service Center zu schicken.

b) Krankenhausbehandlungen sind dem zuständigen Service Center schnellstmöglich nach Beginn der Behandlung anzuzeigen.

c) Die versicherte Person hat dem Versicherer bzw. dem Service Center die Einholung aller erforderlichen Informationen, insbesondere hinsichtlich der Entbindung der behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht, zu ermöglichen.

d Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, sich im Leistungsfall kostenbewusst zu verhalten und die Aufwendungen für die Heilbehandlung auf das erforderliche Maß zu beschränken.

Kommen der Versicherungsnehmer und/oder die versicherten Personen ihren Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag nicht nach, ist der Versicherer gemäß den Bedingungen des Versicherungsvertrags dazu berechtigt, die Leistung zu verweigern oder die Leistung einzuschränken.

Führt die Nichteinhaltung der Verpflichtungen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Personen aus dem Versicherungsvertrag zu einem Schaden für den Versicherer, können die Versicherungsleistungen proportional zum erlittenen Schaden gekürzt werden.

Erfüllen der Versicherungsnehmer und/oder die versicherten Personen die ihnen gemäß Versicherungsvertrag auferlegten Verpflichtungen in betrügerischer Absicht nicht, ist der Versicherer berechtigt, den vertraglich gewährten Versicherungsschutz abzulehnen und die Zahlung der Versicherungsleistungen zu verweigern.

3.4 Zahlung von Leistungen

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ebenfalls Anspruch auf Leistungen aus einer nationalen Krankenkasse oder von einem anderen Versicherungsträger oder einer anderen Einrichtung, muss der Versicherer hiervon unterrichtet werden. Der Versicherer muss nur für die Kosten aufkommen, die dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person nach vorheriger Erstattung durch die Krankenkasse, dem anderen Versicherer oder der anderen Einrichtung verbleiben.

Der Versicherer erbringt seine Leistungen nur, wenn der Versicherungsnehmer und die versicherte Person dem Versicherer alle erforderlichen Belege und Unterlagen vorlegen. Diese Unterlagen gehen danach in das Eigentum des Versicherers über. Der Versicherer behält sich zudem das Recht vor, die betreffenden Unterlagen gemäß den geltenden Vorschriften zu archivieren.

Die vom Versicherungsnehmer und/oder der versicherten Person vorgelegten Rechnungen und Zahlungsnachweise müssen im Original eingereicht werden und den gesetzlichen Bestimmungen des Landes entsprechen, in dem sie ausgestellt werden. Diese Rechnungen und Zahlungsnachweise können dem Versicherer per E-Mail oder per Post übermittelt werden, sofern sie lesbar sind und die Übertragungsqualität der Dokumente für deren Bearbeitung ausreicht.

Ungeachtet der vorstehenden Bestimmungen kann der Versicherer jederzeit die Vorlage der Originalbelege verlangen.

Hat sich ein anderer Versicherer und/oder Träger an der Kostenerstattung beteiligt, sind Rechnungsduplikate und Zahlungsnachweise ausreichend, sofern dem Versicherer Nachweise über die Erstattungsbeträge des anderen Versicherers und/oder Trägers eingereicht werden.

Auf den Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten sein: Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum der versicherten Person (und eventueller mitversicherter Personen), eine genaue Bezeichnung der Krankheit bzw. körperlichen Verletzung durch einen Arzt (Diagnose) oder eine genaue Beschreibung der Krankheit oder ein Verweis auf den entsprechenden ICD-Code 9 und/oder 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) bzw. auf die genaue körperliche Verletzung mit Angabe der Behandlungsdaten und -preise. Bei zahnärztlichen Maßnahmen müssen die Bezeichnungen der behandelten oder ersetzten Zähne und die damit zusammenhängenden Leistungen angegeben werden.

Ärztliche Verordnungen müssen folgende Angaben enthalten: Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum der versicherten Person (und eventueller mitversicherter Personen), das verordnete Arzneimittel, der Preis sowie die Zahlungsreferenzen. Die Verordnungen müssen mit den Rechnungen für die ärztliche Leistungen, Medikamente und Heilmittel eingereicht werden.

Der Versicherer ist berechtigt, erforderliche Angaben oder Nachweise auf eigenen Formularen zu verlangen. Die entsprechenden Formulare müssen vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person und dem medizinischen Leistungserbringer ordnungsgemäß ausgefüllt werden.

Der Versicherer ist berechtigt, seine Leistungen an die Person zu zahlen, die dem Versicherer die Belege und Unterlagen ordnungsgemäß einreicht. In Zweifelsfällen zahlt der Versicherer den Erstattungsbetrag an den Versicherungsnehmer, wobei eine solche Zahlung den Versicherer wirksam von seinen entsprechenden Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag befreit.

Die Erstattung erfolgt in der mit dem Versicherten vereinbarten Währung. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Rechnung erstellt wurde, umgerechnet, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Alle erforderlichen Belege oder Unterlagen müssen in französischer, deutscher, spanischer oder englischer Sprache eingereicht werden. Alle Gebühren, die dem Versicherer im Zusammenhang mit der Übersetzung von Belegen und Unterlagen in anderen Sprachen entstehen, können von den vertraglichen Erstattungsleistungen abgezogen werden.

Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag können nicht abgetreten, übertragen oder verpfändet werden.

3.5 Bei einem Unfall oder Notfall

Die versicherte Person kann sich rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr an das zuständige Service Center wenden, insbesondere nach einem schwerwiegenden Ereignis wie einem Unfall, einem Notfall oder einer stationären Behandlung. Die Adressen, Telefonnummern sowie E-Mail-Adressen sind auf allen relevanten Dokumenten und der Servicekarte zu finden.

3.6 Forderungsübergang

Hat der Versicherer die Entschädigung geleistet, tritt er in der Höhe des Betrages der Entschädigung in die Rechte und Ansprüche der versicherten Person oder des Begünstigten gegen Dritte ein, die für den Schaden haften.

Kann, aufgrund von Handlungen oder Unterlassungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person, der vorgenannte Forderungsübergang nicht mehr zugunsten des Versicherers ausgeübt werden, ist der Versicherer berechtigt, die Rückzahlung des erlittenen Schadens in Bezug auf gezahlte Versicherungsleistungen, zu verlangen.

Der Forderungsübergang darf keine nachteilige Wirkung für die versicherte Person haben und dazu führen, dass sie nur Teilerstattungen aus dem Versicherungsvertrag erhält. In diesem Fall kann die versicherte Person ihre verbleibenden Ansprüche vorrangig vor dem Versicherer geltend machen.

Außer im Falle der Arglist der versicherten Person, hat der Versicherer keinen Regressanspruch gegen Nachkommen, Verwandte, Ehegatten und Schwiegereltern der versicherten Person, sowie gegen die in der Wohnung der versicherten Person lebende Personen, seinen Gastgebern oder seine haushaltsnahen Angestellten. Der Versicherer kann jedoch gegen die vorgenannten Personen vorgehen, soweit ihre Haftung durch eine Versicherung entsprechend gedeckt ist.

3.7 Verjährungsfrist

Die Verjährungsfrist aller rechtlichen Ansprüche, die sich aus oder im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag ergeben, beträgt 3 (drei) Jahre.

Die Verjährungsfrist beginnt an dem Tag, an dem das Ereignis eintritt, das den rechtlichen Anspruch begründet. Weist die anspruchsberechtigte Person nach, dass sie erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis über ihre Anspruchsgrundlage erlangt hat, beginnt die Verjährungsfrist erst zu diesem späteren Zeitpunkt, jedoch nicht mehr als 5 (fünf) Jahre ab dem Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses; ausgenommen hiervon sind Betrugsfälle.

Die Verjährungsfrist gilt auch gegenüber Minderjährigen oder anderen geschäftsunfähigen Personen. Die Verjährungsfrist gilt nicht, wenn die versicherte Person aufgrund höherer Gewalt nicht in der Lage ist, innerhalb der vorgeschriebenen Frist zu handeln.

Ist der Anspruch rechtzeitig angezeigt worden, wird die Verjährungsfrist unterbrochen, bis der Versicherer den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person schriftlich über seine Entscheidung hinsichtlich der Ansprüche informiert.

4. Zahlung und Berechnung der Beiträge

4.1 Beitragszahlung

Soweit nichts anderes bestimmt ist, sind die Beiträge, Gebühren und Steuern im Rahmen des Versicherungsvertrags im Voraus an die Hauptverwaltung des Versicherers und/oder an den vom Versicherer zu diesem Zweck beauftragten Vertreter zu entrichten. Die Zahlung wird vom Versicherungsnehmer verlangt.

Sind mehrere versicherte Risiken über den Versicherungsvertrag abgedeckt, gilt der Gesamtbetrag des fälligen Versicherungsbeitrags als ein einziger unteilbarer Beitrag.

In der Regel ist der Beitrag ein Jahresbeitrag und kann in mehreren Raten gezahlt werden. Der Erstbeitrag bzw. die erste Rate ist gemäß der Beitragsrechnung zu entrichten, sobald der Versicherer den Antrag angenommen und den Versicherungsvertrag ausgestellt hat.

Der Versicherungsschutz gemäß Versicherungsvertrag beginnt erst mit der vollständigen Zahlung des Erstbeitrags bzw. der ersten Beitragsrate.
Die Folgebeiträge sind im Anschluss daran gemäß den vereinbarten Zahlungsintervallen zu leisten.
Die Zahlungsbedingungen der Beiträge, das Fälligkeitsdatum und die Höhe des Beitrags sind im Versicherungsvertrag festgelegt. Jede Änderung dieser Bedingungen bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung des Versicherers.

Endet der Vertrag während eines aktiven Abrechnungszeitraums, wird der Beitrag anteilig angepasst. Ein aktiver Abrechnungszeitraum ist der Zeitraum, für den der Versicherer eine Rechnung ausgestellt hat und die Zahlung für den gewährten Versicherungsschutz erwartet.

Für Neugeborene, die bereits am Tag ihrer Geburt als versicherte Personen eingeschlossen sind, sind die Beiträge ab dem Tag der Geburt des Kindes zu zahlen. Für Neugeborene, die innerhalb von 2 (zwei) Monaten nach Geburt rückwirkend auf der Grundlage eines ausgefüllten Antragsformulars zur Versicherung angemeldet werden, ist der Beitrag ab dem Datum der Unterzeichnung des Antrags zu entrichten.

4.2 Zahlung von Versicherungssteuern und sonstigen Gebühren

Befindet sich der Wohnsitz des Versicherungsnehmers innerhalb der EU/des EWR, muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer die mit dem Versicherungsvertrag verbundenen gesetzlichen Abgaben, Gebühren bzw. Steuern in Rechnung stellen. Die geltenden lokalen Steuersätze werden im Versicherungsvertrag angegeben. Der Versicherer zieht die Versicherungssteuer und die Abgaben oder Gebühren zusammen mit dem Versicherungsbeitrag ein.

Befindet sich das Wohnsitz außerhalb der EU/des EWR, ist der Versicherungsnehmer für die Anmeldung und Zahlung der lokalen Steuern und sonstigen Abgaben verantwortlich, die für die Versicherung anfallen können.

4.3 Beitragsberechnung

Der für den Versicherungsvertrag zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person (zum Zeitpunkt der Annahme des entsprechenden Antragsformulars durch den Versicherer), dem individuellen Beitrag laut aktueller Beitragstabelle sowie dem Alter der versicherten Person am ersten Tag des Versicherungsjahres. Die Altersstufen sind wie folgt gestaffelt: 0 bis 19, 20 bis 24, 25 bis 29, 30 bis 34, 35 bis 39, 40 bis 44, 45 bis 49, 50 bis 54, 55 bis 59, 60 bis 64, 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79 und 79+. Die Beitragstabellen finden Sie auf unserer Website https://www.globalhealth.insurance.

Die Methode zur Beitragsberechnung ist im Versicherungsvertrag festgelegt.

4.4 Anpassung der Kosten/Beiträge

Der vereinbarte Versicherungsbeitrag kann sich in folgenden Fällen ändern:

- Wenn die tatsächlichen Schadenaufwendungen nicht mehr der technischen Berechnungsgrundlage des Versicherungstarifs entsprechen oder wenn die beobachtete Kostenentwicklung im Gesundheitswesen Anlass zu der Annahme gibt, dass die tatsächlichen Aufwendungen im folgenden Versicherungsjahr

überproportional zu den kalkulierten Kosten ausfallen werden.
Die tatsächlichen Schadenaufwendungen entsprechen den globalen/gesamten tatsächlichen Schadenkosten der letzten Jahre des Einzelgeschäfts des Versicherers.

- Beim Wechsel der Altersklasse. Wenn der Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit der Änderung der oben genannten und in der Beitragstabelle angegebenen Altersgruppe einhergeht, wird der Versicherer auch die Beiträge entsprechend der neuen Altersgruppe anpassen.
- Bei Änderungen der geltenden Gesetzgebung.

Der Versicherer ist ferner berechtigt, alle Erhöhungen der gesetzlichen Abgaben, Gebühren und Steuern oder ähnlichen Zahlungen an den Versicherungsnehmer weiterzugeben. Einmal pro Jahr werden diese Änderungen bewertet, sodass die Beiträge bei Bedarf angepasst werden. Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer mindestens 3 (drei) Monate vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres schriftlich über jede Beitragsänderung. Die Änderung gilt dann ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres.

Ist der Versicherungsnehmer mit der Beitragsänderung nicht einverstanden, kann er den Versicherungsvertrag innerhalb von 3 (drei) Monaten nach Erhalt der entsprechenden Mitteilung kündigen. Der Versicherungsvertrag endet an dem Tag, an dem die Änderung ansonsten in Kraft treten würde.

4.5 Folgen verspäteter Zahlung

Befindet sich der Versicherungsnehmer 10 (zehn) Kalendertage nach dem Fälligkeitsdatum des (Teil-)Beitrags im Zahlungsverzug, ist der Versicherer nach Ablauf einer Zahlungsfrist von 30 (dreißig) Kalendertagen ab der Absendung eines Einschreibens an den letzten bekannten Wohnsitz des Versicherungsnehmers von der vertraglichen Leistungspflicht befreit (leistungsfreier Zeitraum). Der Versicherer muss das entsprechende Einschreiben ebenfalls an die letzte bekannte E-Mail-Adresse des Versicherungsnehmers senden.

Das Einschreiben enthält eine förmliche Aufforderung des Versicherers an den Versicherungsnehmer, alle fälligen Beiträge zu zahlen. Darüber hinaus enthält das Schreiben das Fälligkeitsdatum, den Gesamtbetrag der unbezahlten Beiträge sowie einen Hinweis auf die Folgen der Nichtzahlung nach Ablauf der vorgenannten 30-tägigen Zahlungsfrist.

Ansprüche, die während des leistungsfreien Zeitraums nach Ablauf der Zahlungsfrist auftreten, können vom Versicherer nicht berücksichtigt werden.

Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung 10 (zehn) Kalendertage nach Ablauf der vorgenannten 30-tägigen Zahlungsfrist zu kündigen.

Wird der Vertrag nicht gekündigt, setzt die Leistungspflicht für künftige Versicherungsfälle erst ab der ersten Stunde des Tages ein, der auf den Tag folgt, an dem der Versicherer oder der vom Versicherer zu diesem Zweck beauftragte Vertreter die Zahlung der fälligen Beiträge oder, wenn der Gesamtbetrag des Jahresbeitrags in Teilbeträge aufgeteilt ist, die Zahlung der entsprechenden Teilbeträge, die dem Versicherungsnehmer als unbezahlt gemeldet wurden, sowie die während des leistungsfreien Zeitraums fällig gewordenen Beiträge und gegebenenfalls entstandene Mahnkosten, erhalten hat.

Die Leistungsfreiheit berührt nicht das Recht des Versicherers, die weiterhin fälligen Beiträge zu verlangen, vorausgesetzt, der Versicherungsnehmer hat eine förmliche Mitteilung erhalten, in der der Versicherungsnehmer darüber informiert wird, dass die Beiträge fällig geworden sind und dass der Versicherer von seiner vertraglichen Leistungspflicht befreit ist. Dieses Recht ist jedoch auf die Beiträge für 2 (zwei) aufeinanderfolgende Jahre beschränkt.

Hat infolge von Nichtzahlung der Beiträge oder von Teilbeiträgen für einen ununterbrochenen Zeitraum von 2 (zwei) Jahren kein Versicherungsschutz bestanden, endet der Vertrag automatisch mit Ablauf dieses Zeitraums.

4.6 Vertragswährung

Die Basiswährung aller Tarife ist der Euro (EUR).

Ungeachtet des Vorstehenden kann der Versicherungsnehmer auch den US-Dollar (USD), das Pfund Sterling (GBP) oder den Schweizer Franken (CHF) als Vertragswährung wählen. Der Versicherer überprüft die Wechselkurse für diese Währungen zweimal jährlich und aktualisiert sie gegebenenfalls.

Dies kann zu höheren oder niedrigeren Beiträgen führen, wenn der Versicherer die Vertragswährung an den Wechselkurs des Euro anpassen muss. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person erklären sich ausdrücklich damit einverstanden, alle Währungsrisiken zu tragen, die sich aus der Wahl einer anderen Vertragswährung als dem Euro (EUR) für den Versicherungsvertrag ergeben, und den Versicherer von allen direkten oder indirekten Verlusten freizustellen, die in diesem Zusammenhang möglicherweise entstehen.

5. Sonstige Bestimmungen

5.1 Änderung der Versicherungsbedingungen

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person erkennen an und erklären sich damit einverstanden, dass der Versicherer die Versicherungsbedingungen gemäß den hierin enthaltenen Bestimmungen ändern oder ergänzen kann.

Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer schriftlich über die beabsichtigten Ergänzungen und Änderungen mindestens 3 (drei) Monate vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, die versicherte Person über die beabsichtigten Ergänzungen und Änderungen zu informieren. Die entsprechenden Ergänzungen und Änderungen werden ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres gültig.

Stimmt der Versicherungsnehmer der vorgeschlagenen Ergänzung oder Änderung nicht zu, kann er den Versicherungsvertrag durch schriftliche Mitteilung per Einschreiben an den Versicherer innerhalb von 3 (drei) Monaten nach Erhalt des Mitteilungsschreibens kündigen. Der Versicherungsvertrag endet in diesem Fall zu dem Zeitpunkt, an dem die Änderung in Kraft getreten wäre.

Erhält der Versicherer keinen Widerspruch des Versicherungsnehmers gegen die vorgeschlagenen Ergänzungen oder Änderungen innerhalb der vorgenannten Frist von 3 (drei) Monaten, gilt dies als stillschweigende Annahme der Ergänzungen und Änderungen durch den Versicherungsnehmer.

5.2 Änderung des Versicherungsschutzes

Änderungen des Versicherungsschutzes (Währung, Geltungsbereich, Selbstbeteiligung, prozentuale Zuzahlung, maximaler Selbstbehalt, Tarifstufe) sind nur mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres und nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers möglich.

Je nach vereinbartem Tarif gelten neue Wartezeiten für den zusätzlichen Versicherungsschutz. Krankheiten und deren Folgen sowie die Folgen von Unfällen, die während des vorangegangenen Versicherungszeitraums eingetreten sind und nach ärztlichen Erkenntnissen ein erhöhtes Risiko darstellen, können vom geänderten Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

Dies beinhaltet ebenfalls Behandlungen sowie die Entbindung im Zusammenhang mit einer bestehenden Schwangerschaft.

Waren vor der Änderung des Versicherungsschutzes gesundheitsbezogene Risikozuschläge zu zahlen, werden diese Zuschläge, sofern nichts anderes vereinbart wurde, in gleicher Höhe auf die neuen Tarifbeiträge erhoben. Die Risikozuschläge ändern sich in gleichem Verhältnis, in dem sich die Beiträge ändern (z. B. aufgrund einer Anpassung).

Der bisherige Versicherungsschutz bleibt bestehen, wenn eine beantragte Änderung des Versicherungsschutzes nicht wirksam wird, weil das Widerrufsrecht ausgeübt wurde.

Das Versicherungsjahr bleibt nach einer Änderung des Versicherungsschutzes unverändert.

5.3 Datenschutz

Berufsgeheimnis, Auftragsverarbeitung und Auftragsverarbeitung an Cloud-Computing-Dienstleister

Der Versicherer legt großen Wert auf die Wahrung des Berufsgeheimnisses und der Vertraulichkeit der Daten seiner Kunden und verpflichtet sich, jederzeit alle notwendigen und erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die Vertraulichkeit der Daten nach höchsten Qualitätsnormen und in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften zu gewährleisten.

Um eine optimale Dienstleistung, die hohen Qualitätsnormen entspricht, zu erbringen, und seinen Kunden die fortschrittlichsten Technologien zur Verfügung zu stellen, kann der Versicherer externe Dienstleister, Unterlieferanten und Technologien einsetzen, die Cloud-Computing nutzen. In jedem Fall werden die übermittelten Daten nach hohen Sicherheitsstandards und in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften, einschließlich der Bestimmungen der DSGVO, geschützt.

Wenn die Übermittlung von Daten, die durch das Berufsgeheimnis in Versicherungsangelegenheiten geschützt sind, im Rahmen der Vergabe von Unteraufträgen erfolgt und Technologien, die Cloud Computing nutzen, auf Initiative des Versicherers im Sinne von Artikel 300 Artikel 2bis Absatz 2

des geänderten Gesetzes vom 7. Dezember 2015 mit einem anderen als dem in diesem Artikel 300 genannten Drittdienstleister eingerichtet werden, stimmt der Versicherungsnehmer ausdrücklich jeder Auftragsverarbeitung, einschließlich Cloud Computing, zu.

Der Versicherungsnehmer kann die Details dieser Auftragsverarbeitung (Unterauftragstabelle) jederzeit unter dem Link https: //www.foyer.lu/de/transparency abrufen. Der Versicherungsnehmer kann auch eine gedruckte Kopie der Unterauftragstabelle anfordern.

Der Versicherungsnehmer findet in der Unterauftragstabelle das Vorhandensein laufender Auftragsverarbeitung, die Art der übermittelten Informationen und das Land, in dem der Dienstleister ansässig ist. Sollte dieser Dienstleister keiner Verpflichtung zur Wahrung des Berufsgeheimnisses unterliegen, die mit der Verpflichtung des Versicherers vergleichbar ist, verpflichtet sich der Versicherer mit dem betreffenden Dienstleister eine Vertraulichkeitsvereinbarung abzuschließen, um ihm die Erfüllung einer Geheimhaltungsverpflichtung im Rahmen der betroffenen Auftragsverarbeitung aufzuerlegen.

Im Falle einer Änderung der Unterauftragstabelle (Beispiele: Hinzufügung eines Unterlieferanten, Einsatz von Cloud Computing) wird der Versicherungsnehmer per E-Mail und/oder in seinem Kundenbereich und/oder auf andere geeignete Weise (Beispiele: Fälligkeitsmitteilung) wirksam über die Änderung informiert.

Hat der Versicherungsnehmer innerhalb von 2 (zwei) Monaten nach einer Änderung der Unterauftragstabelle nicht schriftlich widersprochen, so wird davon ausgegangen, dass er der betreffenden Auftragsverarbeitung unwiderruflich zugestimmt hat. Im Falle eines Widerspruchs des Versicherungsnehmers muss dieser dem Versicherer per Einschreiben mitgeteilt werden. Dies gilt als Kündigung erst zum nächsten Fälligkeitsdatum.

Der Versicherungsnehmer wird hierüber ordnungsgemäß unterrichtet:

- Wenn er einer Änderung der Unterauftragstabelle widerspricht, hat dieser Widerspruch Auswirkungen auf die optimale Verwaltung des Versicherungsvertrags und auf das Niveau der erbrachten Dienstleistung, so dass der Widerspruch als Kündigung zum nächsten Fälligkeitsdatum gilt.
- Wenn er mehrere Versicherungsverträge mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen hat, muss der Versicherungsnehmer einen Widerspruch pro Versicherungsvertrag einreichen.

Datenschutz einschließlich der Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten (DSGVO) und gemäß dem Gesetz vom 1. August 2018 zur Einsetzung der Nationalen Datenschutzkommission und zur Umsetzung der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr, sammelt, erfasst, speichert und verarbeitet der Versicherer als Datenverantwortlicher die Daten, die der Versicherungsnehmer und die Versicherten ihm zur Verfügung gestellt haben, sowie die Daten, die sie später zur Verfügung stellen werden, um Risiken einzuschätzen, die Versicherungsverträge vorzubereiten, aufzusetzen, zu verwalten, auszuführen, etwaige Schadenfälle zu regulieren und Betrug zu verhindern.

Die besonderen Kategorien der gesundheitsbezogenen personenbezogenen Daten werden vom Versicherer ausschließlich im Rahmen des Zwecks von Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g der DSGVO auf der Grundlage des Unionsrechts oder auf der Grundlage einer vorherigen ausdrücklichen Einwilligung des Versicherten verarbeitet, sofern keine spezifische gesetzliche Grundlage oder gesetzliche Ausnahmen wie die Wahrung unabdingbarer Interessen oder die Wahrung eines berechtigten Interesses vorliegen. Personenbezogene Daten werden ohne die ausdrückliche Zustimmung der betroffenen Personen, die ein Widerrufsrecht behalten, nicht zu kommerziellen Zwecken verarbeitet. Der Datenverantwortliche ist der Versicherer.

Er kann diese Daten an Dritte, insbesondere an den Rückversicherer, an Vertrauensärzte, Rechtsanwälte

oder andere Dienstleister, sowie im Rahmen gesetzlicher und aufsichtsrechtlicher Verpflichtungen weitergeben. Die Übermittlung erfolgt zu den Bedingungen von Artikel 300 des Gesetzes vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor.

Die betroffenen Personen haben ein Recht auf Zugang, Berichtigung, Einschränkung, Löschung (innerhalb der gesetzlichen Grenzen) und Übertragbarkeit ihrer Daten, das sie durch schriftlichen Antrag mithilfe des auf der Website des Datenverantwortlichen verfügbaren Formulars ausüben können.

Die Dauer der Speicherung dieser Daten ist auf die Dauer des Versicherungsvertrags und die seitens des Versicherers zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen hinsichtlich der Verjährungsfristen oder anderer gesetzlicher Auflagen erforderliche Dauer beschränkt.

Der Versicherer hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt, der per Post unter der Anschrift des Datenverantwortlichen oder per E-Mail an bc-dataprotectionfgh@foyer.lu zu erreichen ist.

5.4 Sanktionen

Im Interesse aller Parteien muss der Versicherer die geltenden lokalen, europäischen und internationalen Vorschriften und Regelungen, einschließlich Sanktionsvorschriften, einhalten. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, Versicherungsleistungen zu zahlen oder Versicherungsschutz im Rahmen des Versicherungsvertrags zu gewähren, wenn die Erbringung des Versicherungsschutzes oder die Gewährung einer Leistung den Versicherer dem Risiko aussetzen würde, Sanktionen, Strafen, Verbote, Haftungen oder Beschränkungen gemäß diesen Vorschriften und Regelungen zu erleiden.

Der Versicherer ist insbesondere nicht dazu verpflichtet, Versicherungsschutz zu gewähren, Ansprüche zu begleichen oder Leistungen zu erbringen, sofern die Gewährung des Versicherungsschutzes, die Begleichung dieser Ansprüche oder die Erbringung dieser Leistungen den Versicherer Risiken im Zusammenhang mit Sanktionsgesetzen, Verboten oder Beschränkungen aussetzen würde, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Finanz-, Wirtschafts- und Handelssanktionsgesetzen, Vorschriften oder Resolutionen, die von einer zuständigen Behörde, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Vereinten Nationen, die Europäische Union, die Vereinigten Staaten von Amerika, das Vereinigte Königreich und jeder anderen für diesen Versicherungsvertrag relevanten Gerichtsbarkeit, verhängt wurden.

Sanktionierte Personen
Der Versicherer gewährt keinen Versicherungsschutz, akzeptiert keine Beitragszahlungen und ist nicht verpflichtet, Ansprüche zu begleichen oder Leistungen zu erbringen, wenn die betreffende Person von einer zuständigen Behörde als sanktioniert eingestuft wurde.

Der Versicherungsschutz für eine versicherte Person, einschließlich anspruchsberechtigter Mitglieder und ihrer Angehörigen, wird unverzüglich ausgesetzt und/oder beendet, sofern dies angemessen ist und den geltenden Gesetzen entspricht, wenn die betreffende Person von einer zuständigen Behörde als sanktionierte Person eingestuft wird.

Sanktionierte Länder
Der Versicherer gewährt keinen Versicherungsschutz und ist nicht dazu verpflichtet, Ansprüche zu begleichen oder Erstattungen zu zahlen, die sich auf Versicherungsleistungen beziehen, die eine sanktionierte Jurisdiktion betrifft.

Dies bedeutet, dass (i) kein Versicherungsschutz gewährt werden kann, wenn ein sanktioniertes Land oder Staatsgebiet in irgendeiner Weise beteiligt ist, (ii) keine Beitragszahlungen, Leistungszahlungen oder anderweitige Zahlungen von oder an ein Bankkonto, das in einer sanktionierten Jurisdiktion oder bei einer von einer sanktionierten Jurisdiktion kontrollierten Bank eröffnet wurde, erfolgen können und (iii) der Versicherer keine Kostenübernahmebestätigungen gegenüber einem Leistungserbringer erteilen kann, der in einer sanktionierten Jurisdiktion niedergelassen ist oder dessen Anteilseigner Staatsangehörige oder Einwohner einer sanktionierten Jurisdiktion oder sanktionierte Personen sind, unabhängig von ihren Eigentumsverhältnissen.

Staatsangehörige oder Einwohner einer sanktionierten Jurisdiktion und Personen, die in der Vergangenheit in eine sanktionierte Jurisdiktion gereist sind, sind nur versichert, wenn sie sich physisch außerhalb sanktionierter Jurisdiktionen befinden und nicht als sanktionierte Personen gelten.

Es erfolgt kein Kranken- oder Rücktransport einer versicherten Person aus einer sanktionierten Jurisdiktion.

Die Liste der sanktionierten Länder, die sich von Zeit zu Zeit ändert und aktualisiert wird, umfasst unter anderem Afghanistan, Belarus, Iran, Myanmar (Burma), Nordkorea, Russland, die von Russland besetzten oder annektierten Regionen der Ukraine (einschließlich Krim, Donezk, Cherson, Luhansk, Sewastopol und Saporischschja), Südsudan, Syrien und Jemen. Die aktuelle Liste der sanktionierten Länder ist unter https://globalhealth.insurance/conditions erhältlich.

Eingeschränkte Jurisdiktion
Der Versicherer erteilt Krankenhäusern keine Kostenübernahmebestätigungen und leistet keine Zahlungen auf Bankkonten, die in einer eingeschränkten Jurisdiktion eröffnet wurden.

Es erfolgt kein Kranken- oder Rücktransport einer versicherten Person aus einer eingeschränkten Jurisdiktion.

Die aktuelle Liste der eingeschränkten Jurisdiktionen, die von Zeit zu Zeit aktualisiert wird, ist im IDD-Download-Center des Versicherers unter https://www.globalhealth.insurance/conditions erhältlich.

Aktualisierung der Versicherungsbedingungen
Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Versicherungsbedingungen und den Versicherungsschutz unverzüglich und ohne vorherige Ankündigung anzupassen, wenn sich die politische Lage in einer versicherten Jurisdiktion ändert, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Einstufung dieser Jurisdiktion als eingeschränkte oder sanktionierte Jurisdiktion oder die Entwicklung der gegen diese Jurisdiktion verhängten Sanktionen.

Haftung des Versicherers
Der Versicherer haftet nicht für Schäden finanzieller, physischer oder psychologischer Art, die daraus resultieren, dass der Versicherer sich geweigert hat, Versicherungsschutz zu gewähren, Versicherungsleistungen zu zahlen oder sonstige Leistungen zu erbringen, die eine sanktionierte Person oder eine sanktionierte bzw. eingeschränkte Jurisdiktion betreffen.

Verzug des Versicherungsnehmers
Hat der Versicherungsnehmer unvollständige oder unrichtige Angaben zu einer versicherten Person gemacht, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Angaben zu ihrer Identität und/oder ihrem Aufenthaltsort, kann der Versicherer nach eigenem Ermessen entweder vom Versicherungsnehmer verlangen, innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Abhilfemaßnahmen zu ergreifen, den Versicherungsschutz aussetzen und/oder den Versicherungsschutz aus wichtigem Grund und ohne vorherige Ankündigung gemäß den einschlägigen vertraglichen Bestimmungen mit sofortiger Wirkung kündigen.

5.5 Anzeigen

Sofern nicht ausdrücklich etwas anderes angegeben wird, gelten alle Mitteilungen des Versicherers an den Versicherungsnehmer als gültig zugestellt, sofern sie per Post an die letzte bekannte Adresse des Versicherungsnehmers, die in den Unterlagen des Versicherers hinterlegt ist, gesendet wurden.

Mitteilungen des Versicherers an den Versicherungsnehmer gelten dem Versicherungsnehmer gegenüber 10 (zehn) Kalendertage nach dem Postversanddatum (Poststempel) als zugegangen.

Mitteilungen an den Versicherer sind an den Sitz des Versicherers, dessen Anschrift in den Versicherungsbedingungen angegeben ist, zu richten.

5.6 Rechtsstreitigkeiten

Im Falle von Unstimmigkeiten hinsichtlich des Versicherungsvertrags ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, eine schriftliche Beschwerde an eine der folgenden Adressen zu richten:

a) Geschäftsführung,
Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg
Telefon: +352 270 444 3100
Telefax: +352 270 444 3599
E-Mail: feedback@globalhealth.insurance
Internet: https://www.globalhealth.insurance

b) oder an den Ombudsmann für Versicherungen, zu Händen der Association des Compagnies d'Assurances et de Réassurances du Grand-Duché de Luxembourg (Verband der Versicherer und Rückversicherer in Luxemburg), 12 rue Erasme, L-1468 Luxembourg,

c) oder an den Verbraucher-Ombudsmann, Union Luxembourgeoise des Consommateurs (Luxemburger Verbraucherschutzverband), 55 rue des Bruyères, L-1274 Howald,

d) oder an den Mediator für Verbrauchergeschäfte, Service National du Médiateur de la Consommation, 6 rue du Palais de Justice, L-1841 Luxemburg,

e) oder an die luxemburgische Versicherungsaufsicht, Commissariat aux Assurances, 11 rue Robert Stumper, L-2557 Gasperich Luxemburg. Die Eröffnung eines Beschwerdeverfahrens über das Commissariat aux Assurances ist an die Bedingung geknüpft, dass die Beschwerde zuvor vom Versicherer bearbeitet worden ist.

Dies gilt zusätzlich zu dem Recht des Versicherungsnehmers, gerichtliche Schritte einzuleiten. Weitere Einzelheiten über das Verfahren zur außergerichtlichen Beilegung von Beschwerden finden Sie auf der Website des Versicherers unter https://www.globalhealth.insurance.

5.7 Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Der Versicherungsvertrag unterliegt luxemburgischem Recht und ist nach luxemburgischem Recht auszulegen. Angelegenheiten, die im Versicherungsvertrag nicht ausdrücklich geregelt sind, richten sich nach den geltenden Bestimmungen des luxemburgischen Rechts.

Für alle Streitigkeiten, die sich aus oder im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag ergeben, sind ausschließlich die Gerichte in Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg, zuständig, sofern die Anwendung der einschlägigen europäischen Verordnung oder internationalen Verträge bzw. Abkommen dem nicht entgegensteht.

Für alle Ansprüche, die sich aus unerlaubten Handlungen des Versicherers ergeben, sind ausschließlich die Gerichte in Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg, zuständig.

5.8 Lokale Gesetzgebung

Für den Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person können lokale Krankenversicherungsgesetze und Verpflichtungen bestehen. Der durch den Versicherungsvertrag gewährte Versicherungsschutz dient nicht dazu, derartige lokale Krankenversicherungsgesetze und -pflichten zu erfüllen und ist kein Ersatz für eine verpflichtende gesetzliche Krankenversicherung, die möglicherweise für den Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person besteht.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person erkennen ausdrücklich an, akzeptieren und stimmen zu, dass der Versicherer für Verstöße gegen lokale Krankenversicherungsgesetze oder Verpflichtungen, denen der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person unterliegen, nicht haftbar gemacht werden kann und erkennen ferner ausdrücklich an, akzeptieren und stimmen zu, den Versicherer gegen jede(n) direkte(n) oder indirekte(n) Verlust, Schaden, Kosten, Sanktionen, Gebühren oder anderen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit solchen lokalen Krankenversicherungsgesetzen oder Verpflichtungen entstehen, zu entschädigen und schadlos zu halten.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichten sich, sicherzustellen und zu prüfen, dass der Abschluss des Versicherungsvertrags allen gesetzlichen Anforderungen, denen sie unterliegen, erfüllt.

5.9 Sprache und Kommunikation

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verlangen ausdrücklich, dass die Versicherungsbedingungen, der Versicherungsvertrag und alle unterstützenden Dokumente und Informationen dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person in englischer, deutscher, französischer oder spanischer Sprache zur Verfügung gestellt werden.

Die Korrespondenzen und alle anderen Arten der Kommunikation zwischen dem Versicherer, dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person erfolgen in englischer, deutscher, französischer oder spanischer Sprache, sofern im Antragsformular nichts anderes festgelegt wurde.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person bestätigen ausdrücklich, dass sie die im Antragsformular gewählte(n) Sprache(n) vollständig verstehen.

5.10 Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

Der Bericht über die Solvabilität und Finanzlage wird von Zeit zu Zeit vom Versicherer veröffentlicht und ist auf der Website des Versicherers unter der folgenden Adresse verfügbar:
https://www.globalhealth.insurance.

5.11 Garantiefonds

Nach luxemburgischem Recht unterliegen die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag nicht einem speziellen gesetzlichen Garantiefonds. Alle Ansprüche auf die Zahlung von Leistungen, die sich aus dem Versicherungsvertrag ergeben, sind jedoch durch das Sicherheitsdreieck („triangle de sécurité") geschützt, das sich aus den luxemburgischen Rechtsvorschriften über die Hinterlegung der versicherungstechnischen Rückstellungen, die Aufsicht durch das Commissariat aux Assurances und die geltenden gesetzlichen Pfandrechte („privilèges") ergibt.

5.12 Höhere Gewalt

Der Versicherer haftet nicht für ergriffene Maßnahmen oder für die Unterlassung von Handlungen, die in Erfüllung seiner Verpflichtungen oder in Ausübung seiner Rechte aus dem Versicherungsvertrag entstehen, wenn und soweit eine solche Handlung oder ein solches Versäumnis aus Ereignissen resultiert, die außerhalb der Kontrolle des Versicherers liegen (höhere Gewalt), einschließlich, aber nicht beschränkt auf innere Unruhen oder Arbeitsniederlegungen, Krieg, Aufruhr, Bürgerkrieg, zivile oder militärische Konflikte, Sabotage, Arbeitsunruhen, Streik, Aussperrung, Feuer, Überschwemmung oder Wasserschäden, höhere Gewalt, Handlungen staatlicher Behörden oder Androhung solcher Handlungen der Behörde (de jure oder de facto), rechtlicher Zwang, Betrug oder Fälschung, Unfall, Explosion, mechanischer Ausfall, Computer- oder Systemausfall, Ausfall von Ausrüstung, Ausfall oder Störung von Kommunikationsmitteln/ Medien oder Unterbrechung der Stromversorgung, lokale oder ausländische Gesetze, Gerichtsverfahren, Dekrete, Vorschriften, Anordnungen oder andere Maßnahmen einer lokalen oder ausländischen Regierung, Behörde, eines Gerichts, einer Selbstregulierungsorganisation, einer staatlichen Behörde oder eines staatlichen Organs.

5.13 Änderung der Vertragsdaten

Willenserklärungen, Umwandlungen und Anzeigen, die den Versicherungsvertrag betreffen sowie jede Änderung der Kontaktdaten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person, sind stets unverzüglich schriftlich an den Versicherer zu richten.

Alle Informationen, die der Versicherer dem Versicherungsnehmer im Rahmen des Versicherungsvertrags bereitgestellt hat, gelten weiterhin, sofern nichts anderes angegeben ist.

Der Versicherer haftet nicht für Schäden, die sich daraus ergeben.

6. Glossar

Allgemeine Versicherungsbedingungen
Die Bedingungen, die die, durch den Versicherer versicherten Risiken, definieren (dieses Dokument).

Antragsformular
Der Antrag zum Abschluss einer Krankenversicherung, der den Versicherungsvorschlag im Sinne der geltenden Rechtsvorschriften enthält und vom Versicherungsnehmer und gegebenenfalls von der/den versicherten Person(en) unterzeichnet wird.

Arzneimittel
Wirkstoffe, die allein oder in Verbindung mit anderen Stoffen oder Substanzen zur Diagnose oder Behandlung von Krankheiten, körperlichen Leiden, körperlichen Verletzungen oder pathologischen Beschwerden verwendet werden.

Lebensmittel, Kosmetika und Körperpflegemittel gelten nicht als Arzneimittel.

Arzneimittel müssen von einem Arzt verschrieben und in einer Apotheke bezogen werden.

Arzneimittel werden gemeinhin auch bezeichnet als: „Medikamente" oder „Pharmazeutika".

Arzt
Ein Arzt (Allgemeinmediziner oder Facharzt) mit einem medizinischen Abschluss, der in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, gesetzlich anerkannt und berechtigt ist, eine ärztliche Heilbehandlung durchzuführen.

Im Rahmen dieses Versicherungsvertrags umfasst der entsprechende Begriff auch Zahnärzte, Heilpraktiker sowie Therapeuten, die in dem Land der Behandlung lizensiert und/oder als solche anerkannt sind.

Die versicherte Person kann jeden Arzt frei wählen, der die oben genannten Kriterien erfüllt.

Beginn der Behandlung
Das Datum, an dem eine medizinische Behandlung, die von einem medizinischen Leistungserbringer aufgrund einer Krankheit oder einer körperlichen Verletzung verschrieben und/oder durchgeführt wird, beginnt.

Besondere Versicherungsbedingungen
Die für jeden einzelnen Versicherungsvertrag geltenden Bedingungen.

Datum des Inkrafttretens
Das Datum, an dem der Versicherungsvertrag und die darin vorgesehenen Leistungen (Garantie) in Kraft treten, d. h. das in den Besonderen Versicherungsbedingungen angegebene Datum und die Uhrzeit oder das Datum der Zahlung des ersten Versicherungsbeitrags, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt, unbeschadet etwaiger Wartezeiten.

Fernabsatzversicherungsvertrag
Jeder Versicherungsvertrag, der zwischen einem Versicherer und einem Versicherungsnehmer im Rahmen eines vereinbarten Fernabsatz- oder Dienstleistungsvertrags abgeschlossen wird, bei dem der Versicherer bis zum Abschluss des Versicherungsvertrags ausschließlich eines oder mehrere Fernkommunikationsmittel nutzt.

Glossar
Das vorliegende Glossar definierter Begriffe, welches ein integraler Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist.

Glossare
Dieses Glossar sowie das Glossar am Ende der Speziellen Versicherungsbedingungen, die jeweils integrale Bestandteile der Versicherungsbedingungen sind.

ICD-Codes
ICD steht für International Classification of Diseases und ist ein internationales System zur Kodierung und Klassifizierung aller bekannten Diagnosen.

Krankenhaus
Eine Einrichtung zur stationären und teilweise auch ambulanten Heilbehandlung, die in dem Land, in dem sie betrieben wird, anerkannt und zugelassen ist. Voraussetzung für eine Übernahme der Aufwendungen durch den Versicherer ist, dass das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt.

Der Versicherer betrachtet Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kur-, Spa-, und

Badezentren, Hospize sowie Sanatorien nicht als Krankenhäuser.

Krankheit
Die Verschlechterung des körperlichen oder geistigen Gesundheitszustandes der versicherten Person, deren Ursprung und Symptome von einem medizinischen Leistungserbringer objektiv festgestellt werden können, um eine Diagnose zu stellen und eine notwendige Behandlung durchzuführen; die Verschlechterung darf jedoch nicht auf eine körperliche Verletzung zurückzuführen sein.

Körperliche Verletzung
Ein plötzliches Ereignis, das die versicherte Person betrifft, sich ihrer Kontrolle entzieht, zu Verletzungen des Körpers führt, dessen Ursache außerhalb des Körpers der versicherten Person liegt und dessen Symptome von einem medizinischen Leistungserbringer objektiv festgestellt werden können, um eine Diagnose zu stellen und eine Heilbehandlung durchzuführen.

Leistungen
Die Erstattung von krankheitsbedingten Aufwendungen und Auslagen durch den Versicherer an die versicherte Person nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls gemäß Versicherungsvertrag.

Leistungsantrag/Versicherungsfall
Behandlung einer versicherten Person infolge einer Krankheit oder körperlichen Verletzung, die von einem medizinischen Leistungserbringer verordnet und durchgeführt wird. Der Versicherungsfall fängt mit dem Beginn der Behandlung an und endet, wenn eine vom medizinischen Leistungserbringer durchgeführte Untersuchung bestätigt, dass die Behandlung nicht mehr erforderlich ist.
Muss die Behandlung aufgrund einer Krankheit oder aufgrund von Folgen einer körperlichen Verletzung, die nicht in direktem Zusammenhang mit der bisherigen Behandlung stehen, verlängert werden, wird dies als neuer Versicherungsfall betrachtet.

Medikamente
Jede Substanz oder Anreicherung mit heilenden Eigenschaften in Bezug auf eine Krankheit.

Medizinisch notwendig
Medizinisch notwendig sind alle angemessenen medizinischen Maßnahmen, die nach international anerkannten medizinischen Standards zum jeweiligen Zeitpunkt und Ort zur Diagnostizierung, Behandlung, Heilung oder Linderung eines Leidens, einer Krankheit oder Verletzung eingesetzt und vom Versicherer als angemessen anerkannt werden.

Diese Maßnahmen müssen:

a) in einer von den Behörden des Behandlungslandes zugelassenen und lizenzierten Gesundheitseinrichtung durchgeführt werden;
b) unter Berücksichtigung der Patientensicherheit und der Wirtschaftlichkeit die am besten geeignete Maßnahme sein und den allgemein anerkannten Standards der medizinischen Praxis entsprechen;
c) im Einklang mit der Diagnose, den Symptomen oder der Behandlung der Grunderkrankung stehen;
d) klinisch angemessen in Bezug auf Art, Häufigkeit, Ausmaß, Ort sowie Dauer und als wirksam für die Krankheit, Verletzung oder den Zustand des Patienten angesehen sein;
e) nicht nur aus Gründen der Bequemlichkeit oder des Komforts für den Patienten, die medizinischen Dienstleister, Therapeuten oder Ärzte erforderlich sein;
f) nicht für klinische Versuche, Experimente, Untersuchungen oder kosmetische Zwecke vorgesehen sein;
g) nicht für Screening- und Präventionszwecke vorgesehen sind.

Medizinische Heilbehandlung
Diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die als medizinische Leistungen gelten und ärztliche Beratungen, Hilfsmittel und Eingriffe sowie Arznei- und Verbandmittel einschließen. Diese dienen der Erkennung, der Linderung oder der Heilung einer Krankheit bzw. körperlichen Verletzung und werden auf Grundlage objektiver medizinischer Befunde und wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Behandlung als medizinisch notwendig angesehen.

Medizinischer Leistungserbringer
Eine Person, die im Behandlungsland zur Ausübung des Arztberufs aufgrund eines anerkannten und offiziellen medizinischen Abschlusses befugt ist. Er/Sie kann eine

Diagnose im Zusammenhang mit einer Krankheit und/oder einer körperlichen Verletzung stellen.

Notfall
Eine plötzliche, akute Erkrankung oder die akute Verschlechterung des Gesundheitszustands, die den Allgemeinzustand der versicherten Person unmittelbar gefährdet.

Service Center
Das Service Center vor Ort bietet direkten Zugang zu lokaler Fachkompetenz, nahtlosem Service und erstklassiger Betreuung. Bei Eintritt eines Versicherungsfalls oder eines Notfalls kann die versicherte Person die Service-Leistungen je nach der gewählten Tarifstufe jederzeit in Anspruch nehmen. Auf der Rückseite der Servicekarte ist die Telefonnummer angegeben, unter der das Service Center rund um die Uhr erreichbar ist – 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche. Die neunstellige „Versicherungsnummer" auf der Vorderseite der Servicekarte sollte stets bereitgehalten werden.

Die Service Center kennen das Gesundheitssystem im jeweiligen Aufenthalts- bzw. Wohnsitzland. Sie empfehlen Ärzte und Krankenhäuser, vereinbaren Termine oder besorgen Medikamente. Das Service Center kann eine Kostenübernahmegarantie ausstellen oder die schnelle und unkomplizierte Erstattung der Kosten sicherstellen.

Servicekarte
Das vom Versicherer an die versicherte Person gemäß Versicherungsvertrag ausgestellte Dokument, das alle relevanten Daten zur Kontaktaufnahme mit dem Versicherer enthält und bei jeglicher Kommunikation mit dem Versicherer verwendet werden sollte.

Spezielle Versicherungsbedingungen
Das Dokument, in dem der genaue Umfang des Versicherungsschutzes und die im Rahmen des Versicherungsvertrags gewährten Leistungen festgelegt sind.

Tarif
Der vom Versicherungsnehmer für die versicherte(n) Person(en) gewählte Tarif, der den Umfang des Versicherungsschutzes im Rahmen des Versicherungsvertrags festlegt.

Unfall
Ein Unfall ist ein plötzliches und unvorhergesehenes Ereignis, das von außen auf den Körper einwirkt und eine Gesundheitsschädigung hervorruft.

Verbände
Sterile Materialien oder Substanzen, die auf eine Wunde oder Verletzung aufgebracht werden, um sie zu schützen, die Heilung zu fördern und Infektionen zu verhindern.

Versicherer
Der den Versicherungsvertrag zeichnende Versicherer ist Foyer Global Health S.A., eine Krankenversicherungsgesellschaft mit der Rechtsform einer Aktiengesellschaft (société anonyme), die Ihren Firmensitz in 12, rue Léon Laval L-3372 Leudelange hat, unter der Nr. B134.471 im Luxemburger Handels- und Gesellschaftsregister eingetragen ist und unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxemburg; +352226911-1; caa@caa.lu) steht.

Versicherte Person/Versicherter
Die im Antragsformular benannte Person, die im Rahmen des Versicherungsvertrag versichert ist.

Mit der Unterzeichnung des Antragsformulars erklären sich die versicherten Personen ebenfalls mit den Bestimmungen des Versicherungsvertrags und allen sich daraus ergebenden Rechten und Pflichten einverstanden.

Jede versicherte Person erhält eine Servicekarte.

Versicherungsbedingungen
Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Speziellen Versicherungsbedingungen sowie gegebenenfalls die Besonderen Versicherungsbedingungen werden zusammen als Versicherungsbedingungen bezeichnet.

Versicherungsjahr
Ein Zeitraum von 12 (zwölf) Monaten, der entweder mit dem Datum des Inkrafttretens oder dem Verlängerungsdatum des Versicherungsvertrags beginnt, je nachdem welcher Fall zutrifft.

Versicherungsnehmer
Die natürliche oder juristische Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.

Versicherungsschein
Der Versicherungsschein, der dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person ausgestellt wird und den Umfang und das Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes gemäß dem Versicherungsvertrag bestätigt.

Versicherungsvertrag
Die vertraglichen Rahmenbedingungen der Krankenversicherung, die aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Antragsformular, den Besonderen Versicherungsbedingungen, den Speziellen Versicherungsbedingungen, den Glossaren, dem Versicherungsschein und allen späteren schriftlichen Vereinbarungen zwischen dem Versicherer, dem Versicherungsnehmer und gegebenenfalls der versicherten Person bestehen.

Wohnsitzland
Das Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen bzw. ihren vorübergehenden Wohnsitz hat.

Wartezeit
Der Zeitraum nach dem Inkrafttreten, während dem kein Versicherungsschutz für diejenigen Leistungen besteht, für die die Wartezeiten gelten.

Foyer Global Health S.A.

Sitz
L-3372 Leudelange
12, rue Léon Laval
Luxembourg

Telefon: +352 270 444 3500
E-Mail: policy@globalhealth.insurance
Internet: https://www.globalhealth.insurance

Commercial Register (R.C.S. Luxembourg): B 134.471
USt.-ID: LU22284578