

Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen für das „Travel Care Basic“ Versicherungspaket

2021



Gültig ab: 01.05.2021
Stand: 04.05.2021

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die „Travel Care Basic“ Versicherung

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,
mit den nachfolgenden Bedingungen wollen wir, die Inter Partner Assistance S.A., Sie über die Regelungen informieren, die für das Vertragsverhältnis zwischen der Deutschen Lufthansa AG (nachfolgend als „Versicherungsnehmerin“ bezeichnet) und uns als Versicherer gelten. Die Deutsche Lufthansa AG ist Versicherungsnehmerin des mit uns abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrages, der auch für Sie als versicherte Person verbindlich ist. Sie als versicherte Person bitten wir insbesondere, die im Schadenfall zu erfüllenden Obliegenheiten zu beachten, da andernfalls unsere Leistungspflicht gekürzt werden oder ganz entfallen kann.

Diese Versicherungsbedingungen gelten ab dem 01.05.2021. Sie gelten für alle Buchungen, zu welchen Sie das Versicherungspaket dazu gebucht haben. Die Reise muss im Zeitraum vom 01.05.2021, 00:00 MEZ bis zum 31.01.2022 24:00 MEZ angetreten werden.

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages ist der in den nachfolgend aufgeführten allgemeinen und speziellen Abschnitten beschriebene Versicherungsschutz für Inhaber des Versicherungspakets. Das Versicherungspaket kann zu Buchungen bei Flügen der Lufthansa erworben werden.

II. Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der wirksamen Buchung des Versicherungspakets im Rahmen der Buchung eines Tickets und dem Zustandekommen des entsprechenden Luftbeförderungsvertrags, frühestens aber mit Antritt der Reise bzw. im Fall der Medizinischen Assistance (siehe Punkt 3) frühestens 48 Stunden vor Antritt der Reise. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Der Versicherungsschutz endet in jedem Fall mit der Stornierung des Versicherungspakets, mit Abschluss der Reise oder spätestens nach 45 Tagen ab Antritt der Reise. Reisen, welche länger als 45 Tage dauern, sind nicht versichert. Die Rückreise muss planmäßig vor dem 15.03.2022 erfolgen.

Versicherungsschutz gilt weltweit. Die versicherte Person muss ihren Wohnsitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums haben. Bei Flügen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums und aus dem Europäischen Wirtschaftsraum hinaus sind auch Personen versichert, die ihren Wohnsitz nicht innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums haben. Unsere Leistungen werden in diesem Fall ausschließlich innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums erbracht.

III. Definitionen

- Air Dolomiti

Air Dolomiti meint die AIR DOLOMITI S.p.A. Linee Aeree Regionali Europee, Via Paolo Bembo, 70, 37062 Frazione di Dossobuono - Villafranca di Verona, Italien

- Arzt

Ein Arzt ist ein medizinisch ausgebildeter und zur Ausübung der Heilkunde zugelassener Heilkundiger nach der Erlangung der medizinischen Approbation.

- Austrian Airlines

Austrian Airlines meint die Austrian Airlines AG mit Sitz in Office Park 2, Postfach 100, 1300 Wien, Österreich.

- Behördlich angeordnete Quarantäne

Eine behördlich angeordnete Quarantäne im Sinne dieser Bedingungen ist eine rechtliche Anordnung zur Zwangsisolation, die von einer lokalen Regierungsbehörde an eine Person erlassen wird, wenn diese als Träger von Covid-19 (inkl. Varianten) identifiziert wird oder in engem Kontakt mit bestätigten Fällen von Covid-19 steht. Eine schriftliche Bestätigung der Regierungsbehörde über die Art und den Zeitraum der Quarantäne muss von der Regierungsbehörde eingeholt werden, um einen Kostenersatz zu begründen.

Eine allgemeine Empfehlung durch die lokale Regierung oder Behörde des Reiselandes, sich für einige Tage selbst zu isolieren, die allgemein oder weitgehend für einen Teil oder die Gesamtheit einer Personengruppe, für Passagiere eines Transportmittels oder Schiffes oder für geografische Gebiete gilt, oder die sich danach richtet, wohin die versicherte Person reist, woher sie kommt oder durch welches Gebiet sie reist, gilt nicht als behördliche angeordnete Quarantäne im Sinne dieser Bedingungen.

- Brussels Airlines

Brussels Airlines meint die Brussels Airlines SA/NV mit Sitz in Airport bld 26 box 1b.5, General Aviation - Ringbaan, 1831 Diegem, Belgien.

- Edelweiss

Edelweiss meint die Edelweiss Air AG mit Sitz in Operation Center 1, Flughafen, 8058 Zürich, Schweiz

- Eurowings

Eurowings meint die Eurowings GmbH mit Sitz im Terminal-Ring 1, Zentralgebäude Ost, Flughafen Düsseldorf, 40472 Düsseldorf, Deutschland

- Eurowings Discover

Eurowings Discover meint die EW Discover GmbH, Hugo-Eckener-Ring 1, FAC, Building 234, D7.01, 60549 Frankfurt am Main, Deutschland

- EWR / Europäischer Wirtschaftsraum

Hiermit sind die Länder des Europäischen Wirtschaftsraums gemeint. Zum Europäischen Wirtschaftsraum gehören folgende Staaten:

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern, Island, Liechtenstein, Norwegen

Nur Personen mit einem offiziellen Wohnsitz in einem Land des Europäischen Wirtschaftsraums können versicherte Personen sein. Bei Flügen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums und aus dem Europäischen Wirtschaftsraum hinaus sind auch Personen versichert, die Ihren Wohnsitz nicht innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums haben. Unsere Leistungen werden in diesem Fall ausschließlich innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums erbracht.

- Flüge der Lufthansa Gruppe

Hiermit sind Flüge mit offiziellen Flugnummern der Lufthansa (beginnend mit LH), Eurowings (beginnend mit EW), Eurowings Discover (beginnend mit 4Y), Austrian Airlines (beginnend mit OS), SWISS (beginnend mit LX), Edelweiss (beginnend mit WK), Air Dolomiti (beginnend mit EN) oder Brussels Airlines (beginnend mit SN) gemeint.

- Gruppenversicherungsvertrag

Die Versicherungsnehmerin hat mit dem Versicherer einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag ist eine besondere Form des Versicherungsvertrages. Zu dem Gruppenversicherungsvertrag werden Sie automatisch angemeldet, wenn Sie das Versicherungspaket abgeschlossen haben.

- Medizinischer Zustand

Als medizinischer Zustand wird die Summe aller vorbestehenden Symptome und Vorerkrankungen bezeichnet, aufgrund derer die versicherte Person vor Reiseantritt eine Konsultation und/oder Behandlung durch einen Arzt oder medizinisches Fachpersonal in Anspruch nimmt.

- Medizinisch notwendige Rückführung

Eine Rückführung ist dann medizinisch notwendig, wenn am Reiseort eine ärztliche Unterversorgung besteht. Eine ärztliche Unterversorgung bedeutet, dass die medizinische Versorgung vor Ort nicht dem Standard in Deutschland bzw. dem Standard im Land des Wohnsitzes der versicherten Person entspricht. Das Urteil über eine Unterversorgung obliegt unserem medizinischen Personal.

- Obliegenheiten

Der Versicherer erbringt Leistungen, wenn die Voraussetzungen für einen Leistungsfall nach den Versicherungsbedingungen vorliegen. Sie haben als versicherte Person Pflichten zur Mitwirkung in Ihrem eigenen Interesse (Obliegenheiten), damit der Versicherer den Leistungsfall prüfen kann. Werden diese Pflichten nicht erfüllt, muss der Versicherer möglicherweise nicht oder nur teilweise leisten. Die Obliegenheiten sind in den Versicherungsbedingungen erläutert.

- Reise

Als Reise im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gelten private oder geschäftliche Reisen (von bis zu 45 Tagen Dauer) ins In- oder Ausland, d.h. in ein Land, in dem die versicherte Person keinen offiziellen Wohnsitz unterhält. Die Leistungen im Inland unterscheiden sich möglicherweise von den Leistungen im Ausland, bitte beachten Sie hierzu die besonderen Versicherungsbedingungen.

Als versicherte Reise gelten sowohl Pauschalreisen, als auch einzeln gebuchte Transport- oder Mietleistungen. Als eine Reise gelten alle Reisebausteine und Einzelleistungen, die zeitlich und örtlich aufeinander abgestimmt genutzt werden.

Eine Inlandsreise im Sinne dieser Bedingungen ist eine Reise innerhalb des Landes, in welchem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat, sofern die Reise mindestens eine Übernachtung beinhaltet. Die planmäßige Rückreise muss vor dem 15.03.2022 erfolgen. Reisen mit einem späteren Rückreisedatum sind nicht versichert.

- Reiseleistung

Reiseleistungen i. S. d. Bedingungen sind Flüge, Pauschalreisen, Beherbergungen, die Überlassung eines Mietwagens und ähnliche Leistungen.

- SWISS

SWISS meint die SWISS International Air Lines AG mit Sitz in der Malzgasse 15, 4052 Basel, Schweiz.

- Unerwartete Erkrankung

Eine Erkrankung gilt als unerwartet, wenn sie nach Antritt der Reise erstmals auftritt und die konkreten Krankheitssymptome dem Reiseantritt bzw. der Durchführung der Weiterreise oder der planmäßigen Beendigung der Reise entgegenstehen.

- Unerwartete Verschlechterungen bereits bestehender Erkrankungen

Verschlechterungen bereits bestehender Erkrankungen gelten dann als unerwartet, wenn in den letzten sechs Monaten vor Antritt der Reise keine Behandlung erfolgte; ausgenommen hiervon sind Routineuntersuchungen.

- Unfall

Ein Unfall liegt vor:

a) wenn die begünstigte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet;

b) wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung ein Gelenk verrenkt oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden;

c) bei Gesundheitsschäden aufgrund rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen.

- Versicherte Personen:

Wenn Sie Ihren offiziellen Wohnsitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums haben, Sie im Zeitraum vom 01.05.2021 bis zum 31.01.2022 eine bei der Lufthansa (für Flüge von und nach Deutschland) gebuchte Reise antreten und das Versicherungspaket bei der Buchung dieser Reise abgeschlossen haben, sind Sie eine versicherte Person. Sie sind dann nach den Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages und der Versicherungsbedingungen versichert und werden im nachfolgenden Text auch als „Sie“ oder „Ihnen“ angesprochen.

- Versicherungsfall:

Ein Versicherungsfall ist das Ereignis, das unsere Pflicht zu leisten entstehen lässt. Das Ereignis muss während der Dauer des Versicherungsschutzes eintreten.

- Versicherungsnehmerin:

Versicherungsnehmerin ist die Deutsche Lufthansa AG (auch „Lufthansa“ bezeichnet), Venloer Straße 151-153, 50672 Köln. Die Versicherungsnehmerin ist unser Vertragspartner als Versicherer und auch

Ihr Vertragspartner als versicherte Person.

- Vorsätzlich:

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie absichtlich oder mit Willen etwas in die Tat umsetzen. Dies muss wissentlich geschehen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn Sie sich bewusst selbst verletzen.

IV. Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland (Sanktionsvorschriften) entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

V. Versicherer

Versicherer ist die:

Inter Partner Assistance S.A.
Avenue Louise 166
1050 Brüssel
Belgien

Handelsregister (RPR) Brüssel: Nr. BE 0415591055.

Beauftragt mit der Abwicklung der Assistance- und Versicherungsleistungen sind:

AXA Assistance Deutschland GmbH
Colonia-Allee 10-20
51067 Köln

und

Inter Partner Assistance Service GmbH
Große Scharrnstraße 36
15230 Frankfurt (Oder)

und

AXA Travel Insurance
106-118 Station Road
The Quadrangle
Redhill RH1 1PR
United Kingdom

VI. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Die Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag unterliegen dem deutschen Recht. Für gegen den Versicherer gerichtete Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk er seinen Sitz hat (Köln) oder das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsschutz abgeschlossen wurde. Außerdem ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder – sollte es an einem solchen fehlen – ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, ist das für den Ort unseres Geschäftssitzes in Köln zuständige Gericht zuständig.

VII. Erklärungen, Anzeigen und Schadenmeldungen

Folgende Telefonnummern können Sie anrufen, je nachdem in welchem Land Sie Ihren Wohnsitz haben:

- Deutschland: +49 (0) 221 8024 71 869
- Österreich: +43 1 581 4187
- Belgien: +32 2 808 9260
- Schweiz: +41 58 215 41 01
- Italien: +39 069 4501 494
- Rest des EWR: +32 2 808 9260

VIII. Verwendung Ihrer persönlichen Daten

Durch die Nutzung unserer Dienstleistung stimmen Sie zu, dass der Versicherer Ihre personenbezogenen Daten verwenden dürfen. Sie erklären sich auch damit einverstanden, dass wir Ihre personenbezogenen Daten der besonderen Kategorie verwenden. Wenn Sie uns Daten anderer Personen zur Verfügung stellen, erklären Sie sich damit einverstanden, diese über die Verwendung ihrer Daten zu informieren, wie hier und in unserer auf der Website www.axa-assistance.com/en.privacypolicy beschrieben.

Die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten ist notwendig, um Ihnen die versicherten Dienstleistungen anbieten zu können. Der Versicherer verwendet Ihre Daten auch, um seine gesetzlichen Verpflichtungen nachzukommen oder wenn es in seinem berechtigten Interesse liegt, sein Geschäft zu führen. Wenn Sie diese Informationen nicht zur Verfügung stellen, kann der Versicherer Ihren Anspruch nicht bearbeiten.

Der Versicherer verwendet Ihre Daten für eine Reihe von Zwecken, einschließlich

- Schadenbearbeitung, Bereitstellung von Reiseunterstützung, Bearbeitung von Beschwerden, Überprüfung von Sanktionen und Betrugsprävention.
- Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten der besonderen Kategorie über Ihren Gesundheitszustand oder Ihre Verletzlichkeit oder die Verletzlichkeit anderer Personen, soweit dies für einen Anspruch oder ein Hilfeersuchen relevant ist, um die in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen beschriebenen Dienstleistungen zu erbringen.
- Überwachung und/oder Aufzeichnung Ihrer Telefongespräche in Bezug auf den Versicherungsschutz zum Zwecke der Aufzeichnung, Schulung und Qualitätskontrolle.
- Technische Studien zur Analyse von Schadensfällen und Prämien, zur Anpassung der Preisgestaltung, zur Unterstützung des Versicherungsabschlusses und zur Konsolidierung der Finanzberichterstattung (darunter gesetzlich vorgeschriebene). Detaillierte Analyse der Schadensfälle zur besseren Überwachung der Anbieter und des Betriebs. Analyse der Kundenzufriedenheit und Aufbau von Kundensegmenten zur besseren Anpassung der Produkte an die Marktbedürfnisse.
- Beschaffung und Speicherung von relevanten und angemessenen Nachweisen für Ihre Ansprüche, um Dienstleistungen im Rahmen dieser Versicherung zu erbringen und Ihre Forderung zu überprüfen.
- Zusendung von Feedback-Anfragen oder Umfragen in Bezug auf unsere Dienstleistungen und andere Mitteilungen zur Kundenbetreuung.

Der Versicherer kann Informationen über Sie und Ihren Versicherungsschutz an Unternehmen innerhalb des AXA Konzerns und unsere Dienstleister weitergeben, um Ihren Versicherungsschutz sicherzustellen, die Assistance-Leistungen zu erbringen, zur Betrugsprävention, und sonstigen Fällen, soweit dies nach geltendem Recht erforderlich oder zulässig ist.

Bevor er Ihre persönlichen Daten verwendet, oder an eine andere Partei weitergibt, um Sie bezüglich anderer Produkte oder Dienstleistungen zu kontaktieren (Direktmarketing), wird er eine gesonderte Zustimmung von Ihnen einholen. Sie können Ihre Zustimmung zum Direktmarketing jederzeit zurückziehen oder Feedback-Anfragen ablehnen, indem Sie sich an den Datenschutzbeauftragten wenden (siehe Kontaktdaten unten).

Bei der Ausübung dieser Tätigkeiten kann es vorkommen, dass der Versicherer Ihre persönlichen Daten in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermittelt. In diesem Fall stellt der Versicherer sicher, dass die entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen zum Schutz Ihrer persönlichen

Daten getroffen werden. Dazu gehört, dass er sicherstellt, dass ähnliche Standards wie im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) in Kraft sind und dass die Partei, an die wir persönliche Daten übertragen, vertraglich verpflichtet wird, diese nach angemessenen Standards zu schützen.

Der Versicherer speichert Ihre persönlichen Daten so lange, wie es für die Erfüllung der in dieser Information dargelegten relevanten Zwecke und zur Erfüllung unserer gesetzlichen und behördlichen Verpflichtungen erforderlich ist.

Sie haben das Recht, eine Kopie der Daten anzufordern, die der Versicherer über Sie gespeichert haben. Sie haben außerdem Rechte in Bezug auf die Art und Weise, wie der Versicherer Ihre Daten verwendet, wie in der Datenschutzerklärung auf unserer Website dargelegt. Bitte teilen Sie dem Versicherer mit, wenn Sie der Meinung sind, dass Daten, die er über Sie gespeichert hat, unrichtig sind, damit er sie korrigieren kann.

Wenn Sie wissen möchten, wie Sie sich beim zuständigen Datenschutzbeauftragten Beschwerden können oder wenn Sie andere Anfragen oder Bedenken im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung haben oder eine gedruckte Kopie des Datenschutzhinweises auf der Website des Versicherers erhalten möchten, schreiben Sie bitte an:

Datenschutzbeauftragter
AXA Travel Insurance Limited 106-108 Station Road
Redhill RH1 1PR
E-Mail: dataprotectionenquiries@axa-assistance.co.uk

Unsere vollständige Datenschutzerklärung finden Sie unter:

www.axa-assistance.com/en.privacypolicy

Außerdem ist auf Anfrage eine gedruckte Version bei uns erhältlich.

1. Medizinische Rückführung und Heilbehandlungskosten im Rahmen der „Travel Care Basic“ Versicherung

1.1. Vertragsgegenstand

Gegenstand der medizinischen Rückführung und Heilbehandlungskosten ist der nachfolgend beschriebene Versicherungsschutz für den Inhaber des Versicherungspakets.

1.2. Beginn und Ende der medizinischen Rückführung

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt gemäß Ziffer II der Allgemeinen Bedingungen, jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Eine Reise in diesem Sinne ist jede Abwesenheit vom offiziellen Wohnsitz der versicherten Person bis zu einer Höchstdauer von maximal 45 Tagen. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person ihren offiziellen Wohnsitz hat. Ist die Rückreise bis zum Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitraum hinaus, längstens jedoch auf 365 Tage.

Der offizielle Wohnsitz der versicherten Person befindet sich in dem Land, in dem die versicherte Person steuerlich veranlagt ist. Sollte die versicherte Person in mehreren Ländern einen offiziellen Wohnsitz haben, sind auch diese Länder vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

1.3. Versicherungsumfang

1.3.1 Der Versicherer bietet den versicherten Personen Versicherungsschutz für die Heilbehandlungskosten für auf Auslandsreisen unvorhergesehen eintretende Infektionen mit dem SARS-COV-2 Virus (inkl. Varianten) und der daraus resultierenden Covid-19 Erkrankung. Heilbehandlungskosten für weitere Krankheiten oder Unfälle werden nicht übernommen.

1.3.2 Bei einem während der Auslandsreise eintretenden Versicherungsfall ersetzt der Versicherer entstehende Aufwendungen für die Heilbehandlung und erbringt gegebenenfalls weitere vereinbarte Leistungen, u. a.:

- a) für Arznei-, Verband- und Heilmittel, wenn diese ärztlich verordnet wurden,
- b) für ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals aufgrund einer Erkrankung erforderlich werden.

1.3.3 Der Versicherer organisiert für Sie die medizinische Rückführung vom Reiseort in das Land Ihres Wohnsitzes und übernimmt die Kosten dieser Rückführung. Die Voraussetzungen für eine medizinische Rückführung werden in Ziffer 1.3.4 beschrieben. Die Erkrankung mit dem SARS-COV-2 Virus (inkl. Varianten) und der daraus resultierenden Covid-19 Erkrankung, welche zu einer medizinischen Rückführung führt, darf nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig eingetreten sein.

1.3.4 Für die Kosten des Rücktransports und Überführungskosten im Falle einer Erkrankung mit dem Coronavirus (COVID-19, inkl. Varianten) gilt Folgendes:

- a) Die Kosten für den Rücktransport einer versicherten Person werden übernommen, wenn dieser medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist und an den offiziellen Wohnsitz der versicherten Person oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene, geeignete Krankenhaus erfolgt.
- b) Stirbt eine versicherte Person während der Auslandsreise, werden die Überführungskosten übernommen. Überführungskosten sind die unmittelbaren Kosten der Überführung des Leichnams einer versicherten Person an den der Versicherung bekannten offiziellen Wohnsitz der versicherten Person.
- c) Auf Wunsch der Hinterbliebenen der versicherten Person übernimmt der Versicherer alternativ auch die Kosten einer Bestattung vor Ort, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.
- d) Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinischen Rücktransport zum offiziellen Wohnsitz oder zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am offiziellen Wohnsitz, endet die Leistungspflicht des Versicherers am Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

- 1.3.5 Der Versicherer übernimmt die Kosten für einen PCR-Test im Reiseland, sofern die versicherte Person nach einer offiziellen Körpertemperaturkontrolle am Zielflughafen aufgrund auffälliger Werte einen PCR-Test machen muss oder der PCR-Test ärztlich angeordnet wird. Vom Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Tests bis zum Zeitpunkt des Testergebnisses übernimmt der Versicherer zusätzlich die Kosten herkömmlicher Mund-Nasen-Schutz-Masken bis zu EUR 25.
- 1.3.6 Der Versicherer übernimmt die Kosten für einen PCR-Test nach der Rückkehr in das Land des Wohnsitzes der versicherten Person, sofern das Reiseland nach Antritt der Reise durch das Auswärtige Amt eine offizielle Behörde des Bundeslandes, in welchem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat, oder eine äquivalente Behörde im Heimatland der versicherten Person zum Risikogebiet erklärt wurde und ein PCR-Test notwendig ist, um eine längere Quarantäne zu vermeiden.

1.4. Ausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht:

- 1.4.1 Bei einem bereits vorher bekannten medizinischen Zustand, welcher der versicherten Person bei Antritt der Reise bekannt war. Darunter fallen insbesondere medizinische Zustände, wegen der die versicherte Person:
- Während der letzten zwölf Monate einen Krankenhausaufenthalt hatte.
 - Testergebnisse erwartet oder auf der Warteliste für eine Operation, Konsultation oder Untersuchung steht.
 - Innerhalb der letzten drei Monate begonnen hat, Medikamente einzunehmen oder die Einnahme geändert oder sich in Behandlung begeben hat.
 - Alle zwölf Monate oder häufiger eine medizinische, chirurgische oder psychiatrische Untersuchung benötigt.
 - Die Diagnose „unheilbar“ und/oder „chronisch“ erhalten hat, es sei denn es tritt eine unerwartete Verschlechterung einer bereits bestehenden chronischen oder unheilbaren Erkrankung ein.
- 1.4.2 Bei Reisen gegen den Rat eines praktizierenden Arztes.
- 1.4.3 Für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse oder innere Unruhen verursacht worden sind. Es wird jedoch Versicherungsschutz gewährt und Service geboten, wenn das Ereignis unerwartet nach dem Antritt der Reise auftritt. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn des Ereignisses. Ausgeschlossen sind die Folgen einer aktiven Teilnahme an einem der Ereignisse.
- 1.4.4 In Gebieten, bei denen vor Beginn Ihrer Reise eine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt (oder die jeweilige offizielle Stelle des Landes, in welchem sich der Wohnsitz der versicherten Person befindet) ausgesprochen wird besteht prinzipiell kein Versicherungsschutz. Dennoch werden im Rahmen dieses Vertrages Kosten, die direkt mit einer COVID-19-Erkrankung zusammenhängen, im Rahmen der AVBs übernommen. Es wird zudem Versicherungsschutz gewährt und Service geboten, wenn ein Ereignis, welches zu einer Reisewarnung führte, unerwartet nach Antritt der Reise auftritt. Länder und Gebiete, für die ein behördlich oder gerichtlich angeordnetes Reiseverbot besteht, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- 1.4.5 Für wissentlich und/oder willentlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.
- 1.4.6 Für Kur- und Sanatoriums-Behandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.
- 1.4.7 Für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.
Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung eine Heilbehandlung notwendig wird.
- 1.4.8 Für wissenschaftlich nicht anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel.
- 1.4.9 Für Krankheiten, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war.

- 1.4.10 Für Gefahren von Kernenergie oder sonstiger ionisierender Strahlung.
- 1.4.11 Für Schäden durch versuchten Suizid und dessen Folgen sowie durch vollendeten Suizid.
- 1.4.12 Für Schäden, die durch die versicherte Person durch oder während der vorsätzlichen Ausführung einer Straftat oder des vorsätzlichen Versuchs einer Straftat verursacht wurden.
- 1.4.13 Medizinische Rückführungen in ein Land außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz sind ausgeschlossen.
- 1.4.14 Der Versicherer übernimmt keinerlei Heilbehandlungskosten oder Kosten medizinischer Betreuung für Krankheiten, welche sich nicht COVID-19-Erkrankung zuordnen lassen.

1.5. Versicherungssumme

Der Versicherer haftet bis zur maximalen Entschädigungsleistung von 100.000 EUR.

1.6. Rechte im Schadensfall

1.6.1 Ansprüche gegen Dritte:

Hat die versicherte Person im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall Schadensersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so ist die versicherte Person unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG verpflichtet, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Verzichtet die versicherte Person auf einen solchen Anspruch oder auf ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder Recht hätte Ersatz verlangen können.

1.6.2 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

1.7. Obliegenheiten im Schadensfall

1.7.1 Jede Krankenhausbehandlung ist unverzüglich nach ihrem Beginn dem Versicherer unter den in Ziffer VII der allgemeinen Bedingungen aufgeführten Kontaktdaten anzuzeigen.

1.7.2 Der Schaden ist möglichst gering zu halten und unnötige Kosten sind zu vermeiden.

1.7.3 Die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist zu erbringen.

1.7.4 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

1.7.5 Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere die Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht).

1.7.6 Wird eine dem Versicherer gegenüber zu erfüllende vertragliche Obliegenheit vorsätzlich verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Kann nachgewiesen werden, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

1.8. Subsidiarität

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge, Unfallfürsorge oder durch einen anderen Ersatzpflichtigen, so ist der Versicherer nur für den die Leistungspflicht des Ersatzpflichtigen übersteigenden Betrag für die notwendigen Aufwendungen leistungspflichtig.

Besteht ein Anspruch gegen Dritte, erhält der Versicherte eine Vorleistung durch den Versicherer.

2. Quarantänekostenversicherung im Rahmen der „Travel Care Basic“ Versicherung

2.1. Vertragsgegenstand

Gegenstand der Quarantänekostenversicherung ist der nachfolgend beschriebene Versicherungsschutz für den Inhaber des Versicherungspakets.

2.2. Versicherte Schadenereignisse

Für die folgenden Schadenereignisse besteht Versicherungsschutz:

- 2.2.1 Die versicherte Person wird nach einer offiziellen Körpertemperaturkontrolle am Zielflughafen aufgrund auffälliger Werte an der Einreise in das Reiseland gehindert.
- 2.2.2 Die versicherte Person hat sich nach Antritt der Reise mit dem Coronavirus (COVID-19, inkl. Varianten) infiziert.
- 2.2.3 Die versicherte Person muss sich aufgrund einer tatsächlichen oder vermuteten Infektion mit dem Coronavirus (COVID-19, inkl. Varianten) im Reiseland in behördlich angeordnete Quarantäne begeben und kann aus diesem Grund die Rückreise in das Land Ihres offiziellen Wohnsitzes nicht zum geplanten Zeitpunkt antreten.
- 2.2.4 Die versicherte Person ist von einer Covid-19 Infektion betroffen und ist infolgedessen nach allgemeiner Lebenserfahrung nicht mehr reisefähig bzw. die planmäßige Beendigung der Reise kann ihr nicht mehr zugemutet werden. Für diesen Schadenfall gelten ausschließlich die in 2.3.7 beschriebenen Versicherungsleistungen.

2.3. Versicherungsumfang

- 2.3.1 Jegliche Versicherungsleistung ist vorab telefonisch mit uns abzustimmen. Nicht vorab an uns gemeldete Kosten werden nicht übernommen.
- 2.3.2 Sofern notwendig, ersetzt der Versicherer die Kosten für zusätzliche Transportmittel im Reiseland, welche als Folge eines versicherten Schadenereignisses entstehen. Ersetzt werden die Kosten für öffentliche Verkehrsmittel, Mietwagen und Taxis bis zu 250 EUR.
- 2.3.3 Sofern infolge eines versicherten Schadenereignisses ein Flug umgebucht werden muss, ersetzt der Versicherer der versicherten Person entstehende Umbuchungsgebühren bis zu einer Höhe von 50 EUR.
- 2.3.4 Ist eine Rückreise mit einem Flug der Lufthansa Group aufgrund von Nicht-Verfügbarkeit innerhalb von 72 Stunden nicht möglich, ersetzt der Versicherer die Kosten eines Rückflugtickets mit einer anderen Airline bis zu einer Höhe von 500 EUR.
- 2.3.5 Der Versicherer ersetzt die Unterbringungskosten eines verlängerten Aufenthalts aufgrund von Quarantäne sowie zusätzliche Unterbringungskosten inkl. Mahlzeiten bis zu 175 EUR/Nacht und bis zu maximal 14 Nächten. Der Versicherer kommt nur für zusätzliche Unterbringungskosten auf, welche nicht durch dritte Parteien (z.B. Reiseveranstalter oder Behörden welche einen Lockdown angeordnet haben) übernommen werden. Der Preis für die Unterkunft, welche für diese zusätzliche Unterbringung gebucht wird, darf im Übernachtungspreis nicht wesentlich von der vorher gebuchten Unterkunft abweichen.

- 2.3.6 Wir ersetzen die Stornokosten oder die tatsächlichen Kosten nicht genutzter Unterbringung wie etwa Hotelzimmer sowie verpasster Exkursionen und Events, sofern diese aufgrund von Quarantäne nicht genutzt werden können. Um diese Leistung in Anspruch nehmen zu können muss eine Rückerstattung durch die Anbieter der Unterbringung und Exkursionen/Events ausgeschlossen sein. Bei einer unvollständigen Rückerstattung ersetzen wir die Differenz zwischen tatsächlichen Buchungskosten und erfolgter Rückerstattung. Unsere Leistung ist für Unterbringungen begrenzt auf 175 EUR/Nacht und bis zu maximal 14 Nächten, für Exkursionen und Events auf maximal 200 EUR. Die Kosten für Exkursionen und Events werden nur dann erstattet, sofern diese Exkursionen und Events stattgefunden haben.
- 2.3.7 Bei einem Schadenfall nach 2.2.4 ersetzt der Versicherer Rückreisekosten sowie sonstige Mehrkosten, die durch einen Abbruch der Reise nachweislich entstanden sind, vorausgesetzt, dass An- und Abreise mit Tickets der Lufthansa Group durchgeführt werden; dies gilt auch im Falle nachträglicher Rückkehr.
Bei Erstattung dieser Kosten wird in Bezug auf Art und Klasse des Transportmittels, der Unterkunft und Verpflegung auf die gebuchte Qualität abgestellt. Wenn abweichend von der gebuchten Reise die Rückreise mit einem Flugzeug erforderlich ist, werden nur die Kosten für einen Sitzplatz in der einfachsten Flugzeugklasse ersetzt.
Nicht gedeckt sind Heilkosten, Kosten für Begleitpersonen sowie Kosten für die Überführung einer verstorbenen versicherten Person.
- 2.3.8 Unsere Gesamtleistung für alle Leistungen aus den Ziffern 2.3.2 bis 2.3.7 ist begrenzt auf 3.500 EUR pro Reise.

2.4. Ausschlüsse

- 2.4.1. In Gebieten, bei denen vor Beginn Ihrer Reise eine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt (oder die jeweilige offizielle Stelle des Landes, in welchem sich der Wohnsitz der versicherten Person befindet) ausgesprochen wird besteht prinzipiell kein Versicherungsschutz. Dennoch werden im Rahmen dieses Vertrages Kosten, die direkt mit einer COVID-19-Erkrankung zusammenhängen, im Rahmen der AVBs übernommen. Es wird jedoch Versicherungsschutz gewährt und Service geboten, wenn ein Ereignis, welches zu einer Reisewarnung führte, unerwartet nach Antritt der Reise auftritt. Länder und Gebiete, für die ein behördlich oder gerichtlich angeordnetes Reiseverbot besteht, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- 2.4.2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn für die versicherte Person der Versicherungsfall bei Antritt der Reise vorhersehbar war oder von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurde. Führt die versicherte Person den Versicherungsfall grob fahrlässig herbei, so ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entspricht.
- 2.4.3. Reisen gegen den Rat eines praktizierenden Arztes sind vom Versicherungsschutz ausgenommen.
- 2.4.4. Der Versicherer kommt nur für Kosten auf, welche nicht durch dritte Parteien (z.B. Reiseveranstalter oder Behörden) übernommen werden.
- 2.4.5. Der Versicherer kommt nicht für entstandene Quarantänekosten auf, sofern das Urlaubsland eine Quarantäne nach Einreise für alle einreisenden Personen vorschreibt und der versicherten Person dieser Umstand vor Antritt der Reise bekannt sein musste.
- 2.4.6. Die in 2.3 genannten Leistungen richten sich nach den lokalen Gegebenheiten. Selbstverständlich wird der Versicherer sich in jeder Situation bemühen, eine Lösung für die Situation der versicherten Person zu finden. Wenn eine Leistung aber aufgrund lokaler Umstände nicht erbracht werden kann, entfällt die Leistungspflicht.
- 2.4.7. Es besteht kein Versicherungsschutz im Fall einer staatlich konzertierten Rückholaktion. Eine staatlich konzertierte Rückholaktion im Sinne dieser Bedingungen bezeichnet eine staatlich veranlasste Rückholung aller Reisenden einer Nationalität aus einem oder mehreren Gebieten in das Land Ihres Wohnsitzes.

2.5. Rechte im Schadensfall

2.5.1. Die Ausübung der Rechte im Schadensfall steht der versicherten Person zu.

2.5.2. Ist die Leistungspflicht des Versicherers dem Grund und der Höhe nach festgestellt, erfolgt die Auszahlung der Entschädigungssumme binnen zwei Wochen nach Zugang der Zahlungsankündigung des Versicherers per Überweisung auf eine von der versicherten Person anzugebende Bankverbindung.

2.6. Obliegenheiten im Schadensfall

2.6.1. Die versicherte Person ist verpflichtet:

- a) dem Versicherer den Eintritt eines Versicherungsfalles unverzüglich mitzuteilen und angemessene Maßnahmen zu ergreifen, um den Schaden möglichst gering zu halten,
- b) dem Versicherer jede gewünschte sachdienliche Auskunft zu erteilen und ihm alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, insbesondere ärztliche Atteste und Dokumente über die im Urlaub erlittene Infektionskrankheit,
- c) die Ärzte von der Schweigepflicht in Bezug auf den Versicherungsfall zu entbinden, soweit diesem Verlangen rechtswirksam nachgekommen werden kann.

2.6.2. Wird eine dem Versicherer gegenüber zu erfüllende vertragliche Obliegenheit vorsätzlich verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Kann nachgewiesen werden, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Ticketinhaber nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

2.7. Subsidiarität

Besteht Anspruch auf Leistungen aus anderen Versicherungsverträgen (z.B. Reiserücktrittskosten- und Reiseabbruchversicherung im Reise- oder Mietvertrag), so ist der Versicherer nur für den die Leistungspflicht des Ersatzpflichtigen übersteigenden Betrag für die notwendigen Aufwendungen leistungspflichtig.

3. Medizinische Assistance im Rahmen der „Travel Care Basic“ Versicherung

3.1. Assistance-Gegenstand

Gegenstand der Assistance-Leistungen sind die nachfolgend beschriebenen Dienstleistungen für den Inhaber des Versicherungspakets.

3.2. Assistance-Leistungen

Bei Fragen in gesundheitlichen Angelegenheiten im Ausland oder zur Vorbereitung einer Reise steht dem Ticketinhaber medizinisches Fachpersonal beratend zur Verfügung.

Die Beratung umfasst:

- a) Auskünfte und Tipps zu den Themen „Impfen“ und „Tropenmedizin“.
- b) Auskünfte zu Art und Ausbreitung von Krankheiten an Reiseorten.
- c) Auskünfte und Tipps zur Zusammenstellung der Reiseapotheke für bestimmte Reiseziele.
- d) Auskünfte und Tipps zu allgemeinen medizinischen Vorsichtsmaßnahmen.
- e) Auskünfte und Tipps zu identischen oder vergleichbaren Medikamenten im Ausland.
- f) Auskünfte und Tipps über ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten im Ausland.
- g) allgemeine Beratung von Risikopatienten im Ausland.

Die Ärzte und das medizinische Personal können keine Erkrankungen über das Telefon diagnostizieren oder behandeln. Die Beratung ersetzt nicht einen notwendigen Arztbesuch.

Die Information über die Leistungsanbieter im medizinischen Bereich erfolgt auf Grundlage der medizinischen Anforderungen des Einzelfalles sowie auf Basis objektiver Kriterien (fachliche Qualifikation, örtliche Nähe, technische Ausstattung der Praxis etc.). Es werden, wenn möglich, mindestens drei Anbieter genannt. Eingriffe in die ärztliche Therapiefreiheit werden nicht vorgenommen.

4. Telemedizinische Assistance im Rahmen der „Travel Care Basic“ Versicherung

4.1. Assistance-Gegenstand

Gegenstand der Assistance-Leistungen sind die nachfolgend beschriebenen Dienstleistungen für den Inhaber des Versicherungspakets.

4.2. Assistance-Leistungen

Für den Fall, dass Sie sich während Ihrer Reise krank fühlen und unsicher sind, ob sie Ihre Reise fortsetzen können, bietet der Versicherer Ihnen die Möglichkeit, mit einem von uns vermittelten Arzt über Ihre Symptome zu sprechen. Dieser wird, sofern es ihm aufgrund des Krankheitsbildes möglich und für ihn im Einzelfall ärztlich vertretbar ist, eine Diagnose stellen sowie eine Empfehlung zu den weiteren Schritten abgeben. Eine solche Diagnose oder Empfehlung soll Ihnen eine Orientierung für das weitere Vorgehen geben und Ihnen und Ihren Mitreisenden Sicherheit für die restliche Reisezeit bieten.

Eine Beratung durch den vermittelten Arzt ist in deutscher und englischer Sprache möglich. Auf Englisch kann eine Beratung rund um die Uhr erfolgen, auf Deutsch wochentags (außer an Feiertagen) von 8 bis 21 Uhr. Video-Konsultationen sind nur auf Englisch möglich und nur über die App „Doctor Please!“ buchbar.

Sie können die telemedizinische Assistance telefonisch oder per App in Anspruch nehmen. Für eine telefonische Konsultation rufen Sie den Versicherer bitte unter der in Abschnitt VII angegebenen Nummer an. Der Versicherer organisiert dann für Sie einen Termin und informiert Sie über den Zeitpunkt, zu welchem Sie einen Rückruf durch den Arzt erhalten werden.

Im Falle einer telemedizinischen Assistance über die App „Doctor Please!“ können Sie einen Termin direkt selbst vereinbaren. Die App „Doctor Please!“ steht als kostenloser Download im Google Play Store und im Apple App Store zur Verfügung. Sie benötigen für die App einen Zugangscode, den der Versicherer Ihnen zukommen lässt. Bitte beachten Sie, dass mitversicherte unterhaltsberechtigte Kinder über 18 Jahre einen eigenen Account in dieser App einrichten müssen. Über die App kann der beratende Arzt Ihnen auch Privatrezepte ausstellen, deren Kosten Sie selbst übernehmen müssen.

Sollte der Arzt im Rahmen der telemedizinischen Assistance der Meinung sein, dass Ihre gesundheitliche Situation zur Abklärung der Diagnose und ggf. weiteren Behandlung einen persönlichen Besuch bei einem Arzt vor Ort erfordert, endet die telemedizinische Assistance. Der vom Versicherer vermittelte Arzt wird Ihnen in diesem Fall empfehlen, sich an einen medizinischen Dienstleister vor Ort (Arzt, Krankenhaus oder Apotheke) zu wenden, um die weiteren Behandlungsschritte mit diesem abzustimmen.

Bitte beachten Sie, dass der Versicherer mit dieser Leistung keinen medizinischen Notfallservice bereitstellt. Es wird keine sofortige Behandlung oder Anamnese angeboten. Sollten Sie akute Beschwerden haben, suchen Sie bitte immer die örtliche Notfallversorgung auf.

Die Leistungen der telemedizinischen Assistance sind beschränkt auf telemedizinische Beratung zu zwei verschiedenen Diagnosen (Krankheiten) pro Reise. Für jede Diagnose (Krankheit) können Sie bis zu zwei Mal eine telemedizinische Assistance in Anspruch nehmen, sofern dies notwendig ist.

Die telemedizinische Assistance wird direkt durch den vom Versicherer vermittelten Arzt erbracht, der Ihnen gegenüber allein für seinen ärztlichen Rat verantwortlich ist.

Im Rahmen der telemedizinischen Assistance stellt der Versicherer keine Leistungen zur Verfügung, die über die oben beschriebenen Leistungen hinausgehen. Der Versicherer übernimmt mit dieser

Leistung keine Heilbehandlungskosten oder die Kosten weiterer medizinischer Maßnahmen.

4.3. Versicherungssumme

Die Kosten der telemedizinische Assistance übernimmt der Versicherer vollständig.

5. Reisehaftpflichtversicherung im Rahmen der „Travel Care Basic“ Versicherung

5.1. Umfang des Versicherungsschutzes

Versicherungsschutz besteht für die Dauer der Durchführung von Reisen im Ausland. Eigene Privathaftpflichtversicherungen der betroffenen Personen bzw. bestehende Betriebshaftpflichtversicherungen oder sonstige Haftpflichtversicherungen, über die die versicherte Person Versicherungsschutz genießt, gehen vor.

Der Versicherungsschutz richtet sich ausschließlich nach den in den nachfolgenden Abschnitten festgelegten Vereinbarungen.

Der Versicherer gewährt der versicherten Person Versicherungsschutz für den Fall, dass sie wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenerschadens, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.

Unsere Leistungspflicht umfasst die Prüfung der Haftungsfrage, die Leistung der Entschädigung sowie die Abwehr unbegründeter Ansprüche.

5.2. Mietsachschäden

Eingeschlossen ist die gesetzliche Haftpflicht aus der Beschädigung von Wohnräumen und sonstigen Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden.

Versicherungsschutz besteht nur, sofern die Voraussetzungen dieser Versicherungsbedingungen erfüllt werden.

5.3. Ausschlüsse

5.3.1. Generell ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche

- aus Schäden, die sich nicht im Ausland ereignen;
- aus Schäden infolge Teilnahme an Sportveranstaltungen, Sportwettkämpfen sowie den Vorbereitungen hierzu (Training);
- als Folge der aktiven Teilnahme der versicherten Person an Kriegereignissen jeglicher Art, inneren Unruhen, Demonstrationen, Streik, Aussperrungen, Sabotage, Terroranschlägen, Attentaten und sonstigen Straftaten;
- aus Schäden, die die versicherte Person vorsätzlich und/oder widerrechtlich herbeigeführt hat;
- aus der Gefahr des Führens oder Haltens jeglicher Art von Kraft-, Wasser- und Luftfahrzeugen;
- aus Schäden, welche durch Tiere verursacht wurden, unabhängig davon ob die versicherte Person deren Halter oder Hüter war;
- wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder die ihm zur Obhut übergeben wurden;
- aus Schäden jeglicher Art, die durch eine oder während einer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit der versicherten Person entstanden sind;
- von Familienmitgliedern der versicherten Person, Verwandtschaft in auf- und absteigender Linie sowie von etwaigen Begleitpersonen;
- zwischen mehreren versicherten Personen die im Rahmen dieses Versicherungsvertrages versichert sind;
- aus Schäden, welche an Gebäuden oder Gebäudeteilen oder durch Gebäude oder Gebäudeteile entstehen, unabhängig davon, ob sich diese im Eigentum oder Besitz der versicherten Person befinden oder von ihm angemietet wurden;
- aus Schäden, welche auf Grund des Einflusses von Alkohol, Drogen, Betäubungsmitteln, vergleichbaren Substanzen oder von einem Arzt nicht verschriebenen Medikamenten entstanden sind.

5.3.2. Im Fall von Mietsachschäden sind folgende Ansprüche ausgeschlossen:

- a) Haftpflichtansprüche wegen
 - Abnutzung, Verschleiß und übermäßiger Beanspruchung,
 - Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten,
 - Glasschäden, soweit sich die versicherte Person hiergegen besonders versichern kann,
- b) die unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Versicherungsfällen fallenden Rückgriffsansprüche.

5.4. Obliegenheiten

- 5.4.1. Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche privatrechtlichen Inhaltes gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte. Jeder Versicherungsfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
- 5.4.2. Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, hat die versicherte Person uns unverzüglich Anzeige zu erstatten, auch wenn er den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat.
- 5.4.3. Macht der Geschädigte seinen Anspruch gegenüber der versicherten Person geltend, ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs verpflichtet.
- 5.4.4. Wird gegen die versicherte Person ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, hat er uns außerdem unverzüglich Anzeige zu erstatten. Das gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.
- 5.4.5. Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung unserer Weisungen nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadens dient, sofern ihm dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Er hat uns bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihm ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Tatumstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach unserer Ansicht für die Beurteilung des Schadenfalls erheblichen Schriftstücke einzusenden.
- 5.4.6. Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, hat die versicherte Person die Prozessführung uns zu überlassen, dem von uns bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder uns für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat er, ohne unsere Weisung abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
- 5.4.7. Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.
- 5.4.8. Kommt die versicherte Person diesen Obliegenheiten nicht nach, ist die Leistung des Versicherers ausgeschlossen.

5.5. Versicherungssumme

Der Versicherer haftet bis zur maximalen Entschädigungsleistung von 1.000.000 EUR.

5.6. Subsidiarität

Besteht Anspruch auf Leistungen aus anderen Versicherungsverträgen (z.B. weitere Haftpflichtversicherungen), so ist der Versicherer nur für den die Leistungspflicht des Ersatzpflichtigen übersteigenden Betrag für die notwendigen Aufwendungen leistungspflichtig.

6. Reiseunfallversicherung im Rahmen der „Travel Care Basic“ Versicherung

6.1. Vertragsgegenstand

Gegenstand der Reiseunfallversicherung ist der nachfolgend beschriebene Versicherungsschutz für den Inhaber des Versicherungspakets „Travel Care Basic“.

6.2. Versicherte Ereignisse

6.2.1. Der Versicherer erbringt die nachfolgend aufgeführten Versicherungsleistungen bei Unfällen

auf der versicherten Reise, die zum Tod oder zur dauernden Invalidität der versicherten Person führen.

6.2.2. Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

6.3. Leistungen bei Tod der versicherten Person

- 6.3.1. Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod der versicherten Person, zahlt der Versicherer an die Erben eine Versicherungsleistung von 50.000 EUR. Die Versicherungssumme ist auf diesen Höchstbetrag begrenzt.
- 6.3.2. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die als Nachweis über den Versicherungsfall aufgrund des Todes der versicherten Person beizubringen sind, erklärt der Versicherer innerhalb von einem Monat, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.
- 6.3.3. Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung binnen zwei Wochen nach Zugang der Zahlungsankündigung des Versicherers per Überweisung auf eine von der versicherten Person anzugebenden Bankverbindung.

6.4. Leistungen bei Invalidität der versicherten Person

- 6.4.1. Voraussetzungen für die Leistung sind:
 - a) die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in seiner körperlichen oder geistigen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität) **und**
 - b) die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und spätestens innerhalb weiterer drei Monate von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei dem Versicherer geltend gemacht worden.
- 6.4.2. Die Versicherungsleistung für die Invalidität ist auf maximal 100.000 EUR beschränkt, und wird auf Grundlage des unfallbedingten Invaliditätsgrades gewährt.
Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

Betroffenes Körperteil / Sinnesorgan	Invaliditätsgrad
Arm	70%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60%
Hand	55%
Daumen	20%
Zeigefinger	10%
Anderer Finger	5%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
Bein bis unterhalb des Knies	50%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
Fuß	40%
Große Zehe	5%
Andere Zehe	2%
Auge	50%
Gehör auf einem Ohr	30%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	5%

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

- 6.4.3. Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts. Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.
- 6.4.4. Sofern eine Vorinvalidität besteht (wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren) mindert sich der Invaliditätsgrad um diese Vorinvalidität.
- 6.4.5. Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. In diesem Fall werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 6.4.6. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

- 6.4.7. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach Punkt 6.4 entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- 6.4.8. Die Invaliditätsleistung wird als Kapitaleistung aus der für den Versicherungsfall vereinbarten Summe gezahlt.
- 6.4.9. Grundlage der Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der Invalidität.

6.5. Weitere Bestimmungen für Leistungen bei Invalidität der versicherten Person

- 6.5.1. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalls nicht beansprucht werden.
- 6.5.2. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen sind, wird der Versicherer innerhalb von drei Monaten erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.
- 6.5.3. Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung binnen zwei Wochen.
- 6.5.4. Die versicherte Person und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfallereignis, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit einer Erklärung, seitens der versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

6.6. Ausschlüsse

- 6.6.1. Unfälle, die der versicherten Person während der vorsätzlichen oder versuchten Ausführung einer Straftat zustoßen, sind nicht versichert.
- 6.6.2. Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen sind nicht versichert.
- 6.6.3. Unfälle durch alkohol- oder betäubungsmittelbedingte Bewusstseinsstörungen sind nicht versichert.
- 6.6.4. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
- 6.6.5. Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.
- 6.6.6. Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
- 6.6.7. Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.
- 6.6.8. Infektionen. Ausnahmen hiervon sind Infektionen mit Tollwut, Wundstarrkrampf, Krankheitserregern welche nicht durch geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind oder Infektionen durch Zeckenstiche.
- 6.6.9. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe.

6.7. Voraussetzungen für die Versicherungsleistung

- 6.7.1. Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles:
 - a) den Schaden dem Versicherungsservice unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern), spätestens jedoch innerhalb von 30 Tagen ab dem Schadenszeitpunkt anzuzeigen **und**
 - b) die Invalidität durch Vorlage des Bescheides der für die Feststellung des Grades der Behinderung zuständigen Stelle über die Schwerbehinderung innerhalb eines Jahres anzuzeigen **und**
 - c) die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer und Behörden zu ermächtigen, den Versicherer und den von diesem beauftragten Ärzten alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen. Im Falle, dass die versicherte Person selbst verstorben ist, gehen die Rechte und Pflichten auf die Erben der versicherten Person über.
- 6.7.2. Kommt die versicherte Person diesen Verpflichtungen nicht nach, ist die Leistung des Versicherers ausgeschlossen.

6.8. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

- 6.8.1. Die versicherte Person hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die hierfür notwendigen Kosten trägt der Versicherer.
- 6.8.2. Kommt die versicherte Person diesen Verpflichtungen nicht nach, ist die Leistung des Versicherers ausgeschlossen.