

KulturLife gGmbH
Max-Giese-Str. 22, D-24116 Kiel
Tel: +49 (0)431 888 14 - 10
Fax: +49 (0)431 888 14 - 19
info@kultur-life.de

Informationen zur Rücktransport- Zusatzversicherung

Versicherungsleistungen 2015/2016

Das Policenheft gilt für Versicherte mit Versicherungsstart zwischen dem 1. März 2015 und dem 29. Februar 2016.

Inhaltsverzeichnis

Verhalten im Schadenfall – Einreichen eines Schadenfalls	1
CareMed Assist – Medizinischer 24-Stunden-Service	2
Produktinformationsblatt	2
Präambel zu der Reiseversicherung von CareMed	3
ACE Versicherer und Rating	3
Allgemeine Informationen zur CareMed-Reiseversicherung	4
Leistungsübersicht	5
Allgemeine Definitionen	6
Reisekranken- u. Unfallversicherung (HA)	7
Versicherungsschutz bei Risikosportarten (X)	8
Reisenotfallversicherung (E)	8
Reiseunfallentschädigungsversicherung (I)	8
Reiseschutz (T)	9
Reisegepäckversicherung (L)	9
Allgemeine Einschränkungen und Ausschlüsse	10
Allgemeine Bestimmungen & Obliegenheiten für alle Leistungen	11
Reisehaftpflichtversicherung (3)	13
Definitionen zur Haftpflichtversicherung	13
Ausschlüsse der Haftpflichtversicherung	13
Allgemeine Bestimmungen & Obliegenheiten zur Reisehaftpflichtversicherung	14
Medizinisches Schadenformular	16

Verhalten im Schadenfall – Einreichen eines Schadenfalls

Wenn Sie außerhalb der Vereinigten Staaten von Amerika reisen, können Sie die medizinische Einrichtung frei wählen. Falls Sie Unterstützung bei der Suche nach einer medizinischen Einrichtung in Ihrem Gebiet benötigen, können Sie CareMed Assist kontaktieren.

Bei einem Aufenthalt in den USA erhalten Sie medizinische Hilfe im Rahmen des Versicherungsschutzes über das „PHX Preferred Provider Network“ auch als „The First Health Network“ bekannt. Eine Empfehlung erhalten Sie, indem Sie die gebührenfreie Notrufnummer der Assistance Zentrale wählen oder über die CareMed-Website unter www.caremed-assistance.com.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihre CareMed-Versicherungsbestätigung vorlegen und angeben, dass Sie „im Rahmen des CareMed-Versicherungsplans, der zum First Health Network gehört, versichert sind“, wenn Sie eine medizinische Einrichtung anrufen oder besuchen. Falls Sie außerhalb der Vereinigten Staaten von Amerika reisen, können Sie jeden Erbringer ärztlicher Dienstleistungen/jede medizinische Einrichtung Ihrer Wahl in Anspruch nehmen. Falls Sie Hilfe bei der Suche eines Arztes/einer medizinischen Einrichtung in Ihrer Nähe benötigen, können Sie Kontakt mit CareMed Assist, unserem 24-Stunden-Service, aufnehmen. Es gibt zwei Schadenbüros, die für internationale CareMed-Reiseversicherungen Schadensfälle bearbeiten. Das für Sie zuständige Schadenbüro ist von dem Land abhängig, das Sie bereisen.

Schadenbüro 1

Ihr Reiseziel: Nord- und Südamerika
CareMed Claims
CISI Claims Department
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA
Öffnungszeiten: 8.00 - 17.00 Uhr EST
Tel.: +1 203-399 51 30
Tel.: +1 866-404 20 62 (1 drücken)
Fax: +1 203-399 55 96
E-Mail: Claimhelp@culturalinsurance.com

Schadenbüro 2

Ihr Reiseziel: ein Land außerhalb Nord- und Südamerikas
CareMed Claims
ACE European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 12
60439 Frankfurt, Deutschland
Öffnungszeiten: 8.30 - 17.00 Uhr CET
Tel: +49 (0)69-756 13 6722
Fax: +49 (0)69-756 13 4350
E-Mail: claims.service@acegroup.com

- Senden Sie innerhalb von 60 Tagen nach einer ärztlichen Behandlung folgende Unterlagen per Post, E-Mail oder Fax an die entsprechende Schadenzentrale (Sie können die Dokumente vorab per E-Mail schicken, unser Schadenbüro fragt ggf. die Originaldokumente später an):
 - Ausgefülltes Schadenformular des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters.
 - Alle Rechnungen, Belege und Unterlagen, die in Verbindung mit einem Schadensfall stehen (bitte denken Sie daran, für Ihre eigenen Unterlagen Kopien von diesen Rechnungen und Belegen anzufertigen).
 - Medizinische Berichte des Arztes einschl. Berichte, Labor- und Röntgenunterlagen etc.

Alles wird in einem Umschlag an die o.g. Schadenzentrale gesandt. Der Versicherer behält sich vor, die Zahlung zu verweigern, wenn der Grund und die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung nicht mehr nachvollzogen werden kann, weil die Schadensmeldung verspätet oder unvollständig eingereicht wurde.

- Setzen Sie sich vor einem Klinikaufenthalt oder einer Operation telefonisch mit dem 24-Stunden-Dienst von CareMed Assist in Verbindung.
- Legen Sie bei jeder ärztlichen Leistung die CareMed-Bestätigung vor, bevor Sie eine Behandlung erhalten.
- Der Arzt oder andere medizinische Dienste können sich mit dem Schadenbüro oder mit CareMed Assist in Verbindung setzen, um eine Leistungsprüfung einzuholen.
- Ein Formular ist für jedes Schadenereignis von der versicherten Person auszufüllen. Weitere Schadenformulare sind auf der Webseite von CareMed verfügbar www.caremed-assistance.com. Sie können auch beim Schadenbüro angefragt werden.
- Es kann vorkommen, dass der Versicherte gebeten wird, die Zahlung an den Arzt/die medizinische Einrichtung vor dem Erhalt der ärztlichen Behandlung zu leisten. Falls diese Situation eintritt, empfehlen wir folgende Schritte:
 - Nehmen Sie mit CareMed Assist Kontakt auf und erklären Sie die Situation. CareMed Assist wird dem Arzt/der medizinischen Einrichtung die Leistungen sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestätigen und ihm/ihr erklären, dass Sie leistungsberechtigt sind.
 - Gegebenenfalls kann CareMed Assist dem Arzt/der medizinischen Einrichtung ein Garantieschreiben ausstellen.
 - Falls der Arzt/die medizinische Einrichtung immer noch verlangt, dass der Versicherte im Voraus bezahlt, muss der Versicherte lediglich ein Schadenformular auszufüllen und das Schadenformular mit allen Informationen, die unter dem Abschnitt Einreichen von Schadensfällen aufgeführt sind, einreichen.

Haben Sie allgemeine Fragen zu dem CareMed Reiseversicherungsplan, besuchen Sie die Webseite von CareMed unter www.caremed-assistance.com oder setzen Sie sich mit CareMed Assist in Verbindung. Haben Sie Fragen zu einem bestehenden Schadensfall, setzen Sie sich bitte mit dem Schadenbüro in Verbindung.

Aus Datenschutzgründen können nur die Schadenbüros Informationen über eingereichte Schadensfälle erteilen.

CareMed Assist - Medizinischer 24-Stunden-Service

Ihr CareMed-Versicherungsplan enthält CareMed Assist, ein weltweiter 24-Stunden-Service für medizinischen Notdienst. Der Versicherte kann im Notfall Hilfe und Beratung in verschiedenen Sprachen während der Laufzeit der Versicherungspolice erhalten. Um diesen Service nutzen zu können, rufen Sie bitte die unten angegebene Nummer von CareMed Assist an. Beachten Sie bitte, dass die von Ihnen gewählte Telefonnummer vom Reiseland abhängig ist.

CareMed Assist 24-Stunden-Notrufnummern & E-Mail:

Nord- und Südamerika
+1-855-657 3434

E-Mail: caremed-assist@axa-assistance.us

Alle anderen Länder
+49 (0)89 500 70-175

E-Mail: caremed-assist@axa-assistance.de

- CareMed Assist muss alle in dieser Police versicherten medizinischen Transportleistungen genehmigen und organisieren. Wird vor der Organisation der folgenden Transportleistungen kein Kontakt zu CareMed Assist aufgenommen, kann deren Bezahlung verweigert oder reduziert werden.
 - Rücktransport in das Heimatland des Versicherten
 - Reise- und Aufenthaltskosten für Eltern
 - Rückführung von Verstorbenen
- Im Folgenden finden Sie einen Überblick über zusätzliche Leistungen, die von CareMed Assist angeboten werden.

Ärztliche Hilfe

- Empfehlung an das First Health Network
- Medizinische Überwachung
- Ersatz/Versand verschreibungspflichtiger Medikamente
- Übersendung von Notfallmitteilungen

Reiseunterstützung

- Unterstützung bei der Beschaffung von Zahlungsmitteln bei Notfällen (CareMed Assist kann Ihnen dabei helfen, einen Vorschuss an Geldmitteln für Notfälle bei Reisen zu erhalten, indem direkt Ihre Familie oder Ihr Kreditkarteninstitut, Ihre Bank, Ihr Arbeitgeber, Ihr Rentenversicherungsträger oder andere Kreditquellen kontaktiert werden)
- Suche nach verlorenem oder verspätetem Gepäck, falls dies bei einem Transportunternehmen verloren gegangen ist
- Ersatz von verlorenen oder gestohlenen Flugtickets

Technische Unterstützung

- Suche nach Rechtsbeistand
- Kautionsurkunden

Produktinformationsblatt

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die verschiedenen verfügbaren Wahlmöglichkeiten. Beachten Sie jedoch, dass es nicht alle Informationen zu Ihrer Police enthält. Eine Vollversion des Inhalts der Police finden Sie unter den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Jede der nachfolgend aufgezählten Optionen zur Versicherungsdeckung ist nur dann gültig, wenn sie von Ihnen ausdrücklich abgeschlossen wurde, also in dem von Ihnen gewählten Versicherungsschutz enthalten ist.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei der Internationalen Reiseversicherung CareMed handelt es sich um eine Reiseversicherung, die auf den Zeitraum Ihres Aufenthalts außerhalb Ihres Heimatstaates begrenzt ist. Der Umfang der Versicherung und die einzelnen von Ihrer Police abgedeckten Leistungen richten sich nach dem von Ihnen gewählten Versicherungsplan.

Was ist der Umfang Ihrer Versicherungsdeckung?

- Reisekranken-/Reiseunfallversicherung (HA)

Die Reisekranken-/Reiseunfallversicherung deckt die unumgängliche medizinische Behandlung für Krankheiten oder Verletzungen ab, die auf Reisen außerhalb Ihres Heimatlandes während des Versicherungszeitraums auftreten. In ihr sind die ärztliche Behandlung, die Behandlung im Krankenhaus und die Medikamente enthalten. Eine vollständige Beschreibung des geleisteten Versicherungsschutzes finden Sie im Abschnitt „Reisekranken-/Reiseunfallversicherung“.

- Reiseunfallentschädigungsversicherung (I)

Bei Abschluss einer Reiseunfallentschädigungsversicherung zahlt die Versicherung einen einmaligen Betrag (Invaliditätsausgleich), falls Sie aufgrund eines Unfalls dauerhaft (z.B. durch eingeschränkte Beweglichkeit, Lähmung oder Amputation) behindert sind. Die Höhe des Invaliditätsausgleichs hängt von der vereinbarten Versicherungssumme und vom Grad der Behinderung ab. Eine vollständige Beschreibung des geleisteten Versicherungsschutzes finden Sie im Abschnitt „Reiseunfallentschädigungsversicherung“.

- Reiseschutzversicherung (T)

Falls in Ihrem Versicherungsplan eine Reise Assistance Versicherung enthalten ist, deckt der Versicherer die Kosten für Transport und Unterbringung der engen Familienmitglieder in jenen Fällen ab, in denen Sie aufgrund eines lebensbedrohlichen Zustands oder als stationärer Patient für einen bestimmten Zeitraum in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Eine vollständige Beschreibung der Reise Assistance Versicherung finden Sie im Abschnitt „Reiseschutzversicherung“.

- Reisegepäckversicherung (L)

Bei Abschluss einer Reisegepäckversicherung sind Verlust oder Schäden an eingetragtem Reisegepäck oder durch Diebstahl, Feuer oder Elementarereignisse entstandene Verluste von oder Schäden am Reisegepäck abgedeckt. Eine vollständige Beschreibung des geleisteten Versicherungsschutzes finden Sie im Abschnitt „Reisegepäckversicherung“.

- Reisehaftpflichtversicherung (3)

Falls Ihre Reiseversicherungspolice eine Reisehaftpflichtversicherung enthält, sind Sie auf Ihrer Reise gegen Alltagsgefahren versichert, für welche Sie verantwortlich sind und für die Sie daher Andere zu entschädigen haben. In diesen Fällen reguliert die Versicherungsgesellschaft nicht nur die Schäden sondern überprüft auch, ob und in welchem Umfang eine Entschädigungshaftung besteht. Unberechtigte Entschädigungsansprüche werden von Ihrer Versicherungsgesellschaft in Ihrem Namen geprüft und behandelt; in diesem Umfang bietet der Plan auch einen Rechtsschutz im Falle unberechtigter Entschädigungsansprüche. Eine vollständige Beschreibung des geleisteten Versicherungsschutzes finden Sie im Abschnitt „Reisehaftpflichtversicherung“.

Wann ist die Zahlung von Prämien fällig?

Versicherungsprämien sind vor Versicherungsbeginn an CareMed zu zahlen. Wird die Police nach dem Beginn der Versicherungsdeckung versandt, ist die Prämie innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Police zu zahlen.

Was ist nicht versichert?

Einige Ereignisse sind von der Deckung ausgeschlossen. Insbesondere besteht keine Versicherungsdeckung für folgende Ereignisse in allen Bereichen: falls der Policeninhaber oder die versicherte Person das von der Versicherung abgedeckte Ereignis absichtlich angestiftet hat.

- In Verbindung mit der Reisekranken-/ Reiseunfallversicherung:
 - Jede Verletzung oder Krankheit, welche ein bereits vorher existierender Zustand ist.
- In Verbindung mit der Reiseunfallentschädigungsversicherung:
 - Für Unfälle, bei denen Trunkenheit oder die Einnahme von Medikamenten eine Rolle spielte. Durch geistige Störungen oder Bewusstseinsstörungen verursachte Unfälle.
- In Verbindung mit der Reisegepäckversicherung:
 - Bargeld, Wertpapiere, Fahrscheine und Dokumente jeglicher Art sowie Schmuck/Wertgegenstände, die in eingetragtem Reisegepäck oder in geparkten Fahrzeugen gelassen wurden.
- In Verbindung mit der Reise Assistance:

Arrangements, die nicht durch CareMed Assist koordiniert wurden.
- In Verbindung mit der Reisehaftpflichtversicherung:
Für Schäden an ausgeliehenen, geleasten oder gemieteten Gegenständen oder am Eigentum der Gastgeberfamilie, außer den im Rahmen der Hauseigentumsversicherung gedeckten Leistungen.

Welche Verpflichtungen entstehen bei Vertragsabschluss?
Bei Vertragsabschluss müssen Sie sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgetreu machen. Tun Sie dies nicht, dann ist Ihre Versicherungsdeckung gefährdet.

Welche Verpflichtungen haben Sie bei Eintritt eines versicherten Ereignisses zu erfüllen?
Sie haben dafür zu sorgen, dass der Schaden möglichst gering gehalten wird. Vermeiden Sie alles, was zu einem unnötigen Anstieg der Kosten führen würde. Informieren Sie den Versicherer unverzüglich vom eingetretenen Schaden. Weitere Verpflichtungen finden Sie in den Abschnitten „Allgemeine Bestimmungen und Obliegenheiten“ sowie „Allgemeine Bestimmungen und Obliegenheiten zu Reisehaftpflichtleistungen“ in diesem Dokument.

Was sind die Rechtsfolgen, bei einer Verletzung der Obliegenheiten?
Wichtiger Hinweis: Bei einer Pflichtverletzung Ihrerseits ist die Versicherungsgesellschaft berechtigt, die fällige Entschädigung um einen Betrag zu vermindern, der der Schwere des Verstoßes entspricht. Dies kann bis zum vollständigen Verlust der Deckung reichen. Weitere Angaben dazu finden Sie in den Abschnitten „Allgemeine Bestimmungen und Obliegenheiten“ sowie „Allgemeine Bestimmungen und Obliegenheiten zu Reisehaftpflichtleistungen“.

Wann beginnt Ihre Versicherungsdeckung und wann endet sie?
Die Versicherungsdeckung beginnt frühestens bei Zahlung der Prämien, nicht jedoch vor dem vereinbarten Datum des Versicherungsbeginns, und endet am vereinbarten Auslaufdatum.

Präambel zu der internationalen Reiseversicherung von CareMed

CareMed GmbH bietet den Versicherten Auslandsreiseversicherungen unter dem Markenzeichen CareMed® an.

Der Versicherer ist ACE European Group Limited mit Sitz in Frankfurt, Deutschland, nachfolgend als "der Versicherer" bezeichnet. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz auf der Grundlage des ausgewählten Versicherungsschutzes.

In dem CareMed-Reiseversicherungsplan ist mit Gold G der jeweilige Leistungsrahmen festgelegt. Die Leistungen können ohne Selbstbehalt "A" oder mit einem Selbstbehalt von €/US\$ 50 "B", €/US\$ 100 "C", oder €/US\$ 250 "D" pro Schadenfall vereinbart werden.
Leistungsart und -umfang, der Geltungsbereich sowie Beginn und Ende des Versicherungsschutzes werden im nachstehend aufgeführten Versicherungs-Code erklärt und auf Ihrer CareMed Versicherungsbestätigung dokumentiert. Diese Broschüre enthält eine Beschreibung der Versicherungsleistungen und CareMed Assist-Leistungen. Alle Versicherungen enthalten CareMed Assist.

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie alle Einschränkungen, Ausschlüsse, und Bestimmungen dieses Plans gelesen haben, da es einige Gegebenheiten gibt, die nicht in dessen Rahmen versichert sind.

Versicherungs-Codes (angegeben in der Police und Versicherungsbestätigung)

HA	-	Reisekrankenversicherung
X	-	Versicherungsschutz bei Risikosportarten
E	-	Reisenotfallversicherung
I	-	Reiseunfallversicherung

T	-	Reise Assistance
L	-	Reisegepäckversicherung
3	-	Reisehaftpflichtversicherung

Z1	-	Reiseziel: weltweit inkl. USA & Kanada, außer Kuba
----	---	--

Z2	-	Reiseziel: weltweit außer USA, Kanada & Kuba Diese Versicherung gilt nicht, wenn Handels- oder Wirtschaftssanktionen (z.B. OFAC) oder andere Gesetze oder Verordnungen uns untersagen, Versicherungen anzubieten, einschließlich jedoch nicht darauf begrenzt, Schadenforderungen zu bezahlen. Alle anderen Bedingungen des Versicherungsvertrages bleiben unverändert.
----	---	--

Eine Liste von OFAC sanktionierten Ländern finden Sie im Internet unter:
<http://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx>

L	-	Langzeit
S	-	Kurzzeit
G	-	CareMed Gold - unbegrenzte Deckung für medizinische Leistungen
A	-	ohne Selbstbehalt
B	-	€/US\$ 50 Selbstbehalt
C	-	€/US\$ 100 Selbstbehalt
D	-	€/US\$ 250 Selbstbehalt

Beispiele für Versicherungs-Codes bei einer Policennummer:

HAITL3Z1LGA

- Komplettversicherungsschutz (Reisekrankenversicherung, Reiseunfallversicherung, Reise Assistance, Reisegepäckversicherung, Reisehaftpflichtversicherung)
- Weltweit inkl. USA & Kanada
- Langzeit
- Leistungen Gold
- Ohne Selbstbehalt für medizinische Kosten



Identität des Versicherers:

ACE European Group Limited
100 Leadenhall Street, London, EC3A 3BP
Registriert in England, Firmen-Nr. 1112892.
ACE European Group Limited hat ein A+ Rating durch Standard & Poor's und A+ durch A.M. Best.

Policenverantwortlichkeit:

ACE European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt am Main, Deutschland.
Firmenregister-Nummer: HRB Frankfurt 58029
Der Hauptsitz der Gesellschaft befindet sich in London, Großbritannien.

Hauptgeschäftstätigkeit:

Die Tätigkeit in allen Segmenten der Sach- und Personenversicherung (jedoch ohne Lebens- und substitutive Krankenversicherungen), das Rückversicherungsgeschäft, sowie der Verkauf und Vertrieb von Versicherungen aller Art.

Aufsichtsbehörde:

ACE European Group Limited wird durch die Regulierungsbehörde Prudential Regulation Authority, 20 Moorgate, London EC2R 6DA, Großbritannien autorisiert und reguliert. Zusätzlich wird ACE Deutschland durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, www.bafin.de reguliert.

Informationen über versicherte Leistungen:

Hauptmerkmale / Rechtsgrundlage:

Der Versicherungsvertrag basiert auf Ihrem Antrag (soweit verfügbar), diesen Versicherungsbedingungen, worin unsere Tarifbestimmungen integriert sind, Ihrer Versicherungspolice und dem auf Versicherungsverträge anwendbaren Gesetz (VVG).

Diese Versicherung versichert Sie gegen Vorfälle, für welche die in Ihrer Versicherungspolice gelisteten und nachstehend definierten Leistungen vorgesehen sind. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen.

Kosten und Zahlungsweise:

Mit Ausnahme der in der Versicherungspolice angegebenen Prämie (inkl. gesetzlicher Versicherungssteuer) sind von Ihnen keine sonstigen Kosten für den Abschluss des Vertrages und den Versicherungsschutz zu tragen. Die Prämie ist von Ihnen in Befolgung der Zahlungsweise gemäß Angaben in der Versicherungspolice zu zahlen.

Gültigkeitsdauer:

Diese Versicherungsbedingungen können von uns jederzeit abgeändert bzw. erneuert werden, nicht jedoch für bestehende Verträge. Wir sind für die Dauer von 30 Tagen an unser Angebot (unsere Preisangabe) gebunden.

Abschluss Ihres Vertrages:

Der Vertrag wird durch unsere Bestätigung der Versicherungsdeckung geschlossen. Als Beginn des Vertrages und Ihrer Versicherungsdeckung gilt das in der Versicherungspolice angegebene Datum.

Widerrufsbelehrung:

1. Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. per Brief, Fax, Email) widerrufen.

Die Frist beginnt am Tag nachdem die Versicherungspolice, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie die vertraglichen Informationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und dieser Belehrung in Textform bei Ihnen eingegangen sind.

Im elektronischen Geschäftsverkehr (bei Online-Anträgen oder Online-Vertragsabschlüssen) beginnt die Widerrufsfrist nicht bevor wir auch die zusätzlichen Pflichten erfüllt haben, welche insbesondere für diese Verkaufsmethode gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB gelten (Mittel für die Korrektur von Eingabefehlern, Bestätigung des Antrags).

Für die Wahrung der Widerrufsfrist ist die pünktliche Versendung der Widerrufserklärung hinreichend. Die Widerrufserklärung ist zu adressieren an CareMed: CareMed GmbH, Budapester Str. 4, 53111 Bonn, Deutschland, Email-Adresse: germany@caremed-travel.com.

2. Folgen des Widerrufs:

Im Falle einer wirksamen Widerrufserklärung endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihrer Prämie, der sich auf die Zeitspanne nach Eingang der Widerrufserklärung bezieht. Wir können den Teil Ihrer Prämie einbehalten, der sich auf die Zeitspanne bis zum Eingang der Widerrufserklärung bezieht, falls Sie sich damit einverstanden erklärt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnen soll. Falls Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt haben, oder falls der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, erstatten wir Ihnen die Gesamtprämie.

Wir erstatten Ihnen die Prämien unverzüglich, spätestens bis 30 Tage nach Eingang der Widerrufserklärung.

3. Besondere Anweisungen:

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, falls der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch durch beide Parteien vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Vertragsdauer und Kündigungsbedingungen:

Der Vertrag gilt für den in der Versicherungspolice angegebenen Zeitraum.

Rechtssystem und Gerichtsstand:

Das Vertragsverhältnis unterliegt dem deutschen Recht. Der Gerichtsstand für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ACE ist Frankfurt am Main. Falls Sie eine natürliche Person sind, ist das Gericht auch in dem Bezirk örtlich zuständig, in dem sich Ihr Wohnsitz zum Zeitpunkt der Klageeinreichung befindet, oder - bei Nichtvorhandensein eines solchen Wohnsitzes - wo sich Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort befindet.

Falls Sie eine natürliche Person sind, müssen die gegen Sie aus dem Versicherungsvertrag erhobenen Klagen bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht, oder - bei Nichtvorhandensein eines solchen Wohnsitzes - für Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort eingereicht werden. Falls Sie eine juristische Person sind, wird der Gerichtsstand entsprechend dem eingetragenen Geschäftssitz Ihrer Zweigstelle bestimmt.

Falls sich Ihr Wohnsitz, Ihr eingetragener Geschäftssitz oder Ihre Zweigstelle in einem Land außerhalb der Europäischen Union, Island, Norwegen oder der Schweiz befinden, ist der Gerichtsstand hingegen Frankfurt am Main.

Vertragssprache:

Die maßgebliche Vertragssprache für dieses Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit Versicherungsnehmern ist während der Gültigkeitsdauer des Vertrages die englische Sprache.

Ombudsmann:

Unsere Gesellschaft ist Mitglied der Vereinigung von Versicherungsombudsmännern. Deshalb können Sie kostenfreien Gebrauch von außergerichtlichen Schlichtungsverfahren bezogen auf nichtmedizinische Produkte machen.

Der Versicherungsombudsmann kann sich mit Beschwerdefällen mit einem Streitwert von derzeit bis zu € 100.000,- befassen.

Wir verpflichten uns zur Anerkennung von Entscheidungen im Rahmen von Beträgen von bis zu € 10.000,-, um ein Gerichtsverfahren zu vermeiden und den Schiedsspruch des Ombudsmannes zu bestätigen.

Der Versicherungsombudsmann ist unter folgender Adresse zu kontaktieren:

beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Postfach 080632, 10006 Berlin.

Beschwerden können auch bei der zuständigen Regulierungsbehörde eingereicht werden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Die Möglichkeit der gerichtlichen Klageerhebung bleibt für Sie unberührt, wenn Sie den Ombudsmann oder die BaFin kontaktiert haben.

Allgemeine Informationen zur CareMed-Reiseversicherung

Abs. 1 Wer ist versichert?

Versichert sind die namentlich im Versicherungsantrag oder im Verzeichnis der Antragsteller genannte Personen, sofern diese Personen zum Zeitpunkt des Versicherungsbegins mindestens 6 Jahre alt sind, das 70. Lebensjahr jedoch noch nicht erreicht haben, ihr Versicherungsantrag von CareMed bestätigt und die Prämie an CareMed gezahlt wurde.

Abs. 2 Wo wird Versicherungsschutz geleistet?

Der Versicherungsschutz gilt für versicherte Reisen/Reiseprogramme mit Destination weltweit. Wir unterscheiden Reisedestinationen in zwei Zonen

- Zone 1 – Destinationen weltweit inkl. USA & Kanada, außer Kuba
 - Zone 2 – Destinationen weltweit außer USA, Kanada & Kuba
- Kein Versicherungsschutz besteht im Heimatland der versicherten Personen.

Abs. 3 Wann beginnt und endet die Versicherung?

1. Der Versicherungsvertrag beginnt um 00.01 Uhr spätestens:
 - a) am Tag des Inkrafttretens, der vom Versicherten gewählt wurde, vorausgesetzt, die entsprechende Prämie wurde vor Beginn der versicherten Reise/des versicherten Reiseprogramms bezahlt, oder

- b) an dem Tag, an dem CareMed den Versicherungsantrag und die Prämie angenommen hat, oder
c) zu dem Zeitpunkt, an dem die versicherte Person den Luftraum ihres Heimatlandes verlässt.
2. Der Versicherungsschutz endet frühestens:
a) 23.59 Uhr des Tages, der auf der Versicherungsbestätigung als Versicherungsende ausgewiesen ist, oder
b) bei Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland, oder
c) an dem Tag, bis zu dem die Versicherungsprämie bezahlt wurde.
3. Versicherungsschutz wird für maximal 13 Monate gewährt.
4. Der Versicherungsschutz verlängert sich über das auf der Versicherungsbestätigung angegebene Ende hinaus, wenn
a) sich die Rückreise des Versicherten durch Verspätungen der Beförderungsmittel, die der Versicherte nicht zu vertreten hat, verzögert, maximal jedoch um 72 Stunden;
b) sich der Versicherte am Ablaufdatum des Versicherungsvertrages im Krankenhaus befindet und ein Arzt Transportunfähigkeit bescheinigt, maximal jedoch 90 Tage; und
c) sich die Dauer eines Schuljahres aufgrund unvorhergesehener Ereignisse nachweislich verlängert. Für diesen Fall muss der Versicherte CareMed im Voraus informieren und eine zusätzliche Prämie für dieses Versicherungsjahr vor dem Verlängerungszeitraum zahlen.

Bei einer Verlängerung aus Gründen, die in 4.c) genannt wurden zahlt der Versicherte eine zusätzliche Prämie für den Verlängerungszeitraum in gleicher Höhe wie für den ersten Versicherungszeitraum. Lehnt es der Versicherte ab, die Verlängerungsprämie zu zahlen, endet der Versicherungsschutz zum ursprünglichen Termin, der in der Versicherungsbestätigung angegeben ist.

Abs. 4 Kann der Versicherte die Versicherung verlängern? Ursprüngliche Versicherungsverträge werden nicht verlängert. Jedoch kann der Versicherte einen weiteren Versicherungszeitraum neu beantragen, je nach den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungsbedingungen. Vorerkrankungen können in einen nachfolgenden Versicherungszeitraum nicht einbezogen werden.

Abs. 5 Welche Leistungsgrenzen gelten? Leistungsgrenzen des Versicherungsvertrags in US\$ oder € richten sich nach dem Land, das der Versicherte bereist:
USA & Kanada: Leistungsgrenzen in US\$
Weltweit außer USA & Kanada: Leistungsgrenzen in €

Leistungsübersicht

Die folgenden Deckungen sind nicht für alle Versicherten verfügbar. Der Policencode auf Ihrer CareMed Versicherungsbestätigung legt fest, welcher Versicherungsschutz Ihnen zur Verfügung steht. Bitte sehen Sie in den Versicherungscodes auf Seite 3 nach, um den Policencode und die für Sie geltenden Deckungen zu bestimmen.

Reisekranken- u. Unfallversicherung (HA)	CareMed GOLD
Leistungszeitraum: Kosten, die während des Versicherungszeitraums des Versicherten angefallen sind	
Arztkosten bei Verletzung, Unfall oder akuter Erkrankung	€/US\$ unbegrenzt
Optionen f. Selbstbehalt - pro Verletzung oder Krankheit	€/US\$ 0, 50, 100, 250
Medizinischer Rücktransport	€/US\$ 100.000
Rückführung im Todesfall	€/US\$ 25.000
Selbstbehalt bei nicht notfallbedingtem Besuch der Notaufnahme (nur in den USA & Kanada)	€/US\$ 250
Wahl des Arztes/Krankenhauses	USA: nach Empfehlung der Assistance-Zentrale oder unter www.caremed-assistance.com In anderen Ländern: freie Wahl
Notärztliche Zahnbehandlung -Schmerzbehandlung	€/US\$ 500
Zahnbehandlung nach Unfall	€/US\$ 1.500
Psychiatrische Evaluierung	€/US\$ 500
Psychische/nervöse Störungen	€/US\$ 500
Ambulant:	
Physiotherapie	€/US\$ 750
Röntgen und Labor für Diagnosezwecke:	€/US\$ 1.000
CT-Bilder und MRT:	€/US\$ 1.000
Medizinische Hilfsmittel	€/US\$ 250
Die oben genannten medizinischen Leistungen unterliegen den Bedingungen, Beschränkungen und Ausschlüssen dieses Versicherungsvertrages.	
Notfallreiseversicherung (E)	CareMed GOLD
Notärztliche Zahnbehandlung -Schmerzbehandlung	€/US\$ 500
Zahnbehandlung nach Unfällen	€/US\$ 1.500
Medizinischer Rücktransport	€/US\$ 100.000
Rückführung im Todesfall	€/US\$ 25.000
Reiseunfallentschädigungs-versicherung (I)	CareMed GOLD
Todesfall	€/US\$ 13.000
* Vollinvalidität	max. €/US\$ 50.000
Such- u. Bergungskosten	€/US\$ 5.000
* Deckt den Ausgleich für Invalidität und Verlust des Lebens oder Körperteils. Medizinische Kosten, die aus Unfällen resultieren, sind durch die Krankenversicherung gedeckt und unterliegen den jeweiligen Höchstgrenzen.	
Reise Assistance (T)	CareMed GOLD
Familienzusammenführung	€/US\$ 2.500
Reiseunterbrechung (verfügbar nur für Langzeitreisende - 3 Monate +)	€/US\$ 2.000
Reisegepäckversicherung (L)	CareMed GOLD
Selbstbehalt pro Fall (gilt nicht für aufgegebenes Gepäck)	€/US\$ 50
Diebstahl/Schaden an persönlichem Eigentum	€/US\$ 1.500
Uhren u. Wertgegenstände (Uhren, Laptops etc.) - 50% der versicherten Summe	€/US\$ 750
Verspätung von aufgegebenem Gepäck	€/US\$ 500
Brillen und Kontaktlinsen	€/US\$ 250
Verlust von Flugtickets	€/US\$ 100
Reisehaftpflichtversicherung (3)	CareMed GOLD
Personenschäden	€/US\$ 1.000.000
Sachschäden	€/US\$ 150.000 Gesamt f. Personen- u. Sachschäden max. €/US\$ 1.000.000
Die Gesamtgrenze für die Deckung der persönl. Haftung pro Versicherten entspricht der o.g. Grenze.	

Allgemeine Definitionen

Akut bedeutet plötzlich auftretend, nicht chronisch.

Ambulant bedeutet, falls der Versicherte eine Behandlung in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung, einschließlich eines ambulanten chirurgischen Zentrums, eines Rehabilitations- oder medizinischen Facheinrichtung, oder einer Arztpraxis für eine Krankheit oder Verletzung erhält, die jedoch bestätigt wird und für die keine Unterbringung und Verpflegung berechnet wird.

Angemessen und ortsüblich bedeutet, dass der vom Versicherer festgelegte Höchstbetrag für Kosten, die der versicherten Person angefallen sind, angemessen und ortsüblich ist. Das gilt allerdings nur für Kosten, die tatsächlich in Rechnung gestellt wurden, nicht darüber hinaus.

Der vom Versicherer festgelegte Höchstbetrag beinhaltet:

- Kosten, die von anderen Dienstleistern für die gleiche oder für eine ähnliche Dienstleistung vor Ort berechnet werden. Die Art und Schwere der Körperverletzung oder Krankheit muss bei Erhalt dieser Dienstleistung und Versorgung berücksichtigt werden.
- Jede übliche medizinische Behandlung, die zusätzliche Zeit, Fähigkeiten oder Erfahrungen erfordert und
- Weitere wichtige Faktoren, die der Versicherer selbst festlegen kann. Dies schließt auch die amerikanische Gebührenordnung „Resource-Based Relative Value Scale“* ein, ist jedoch nicht darauf beschränkt.

*(ein in den USA angewandtes System, mit dem festgelegt wird, wie hoch die Kosten sein dürfen, die medizinische Dienstleister in Rechnung stellen)

Arzt bedeutet ein Doktor der Medizin oder Osteopath, der eine Zulassung für die Erbringung ärztlicher Leistungen und Durchführung von Operationen nach den Gesetzen des Landes, in dem diese Leistungen erbracht werden, besitzt. Diese Definition schließt jedoch Chiropraktiker und Physiotherapeuten aus.

Bergsteigen bedeutet Bergwandern und Bergklettern, welches ausgeübt wird als Sport, Hobby oder Beruf und entweder 1) den Gebrauch von Klettergurt, Seilen, Steigeisen oder Pickel beinhaltet oder 2) 4.500 Höhenmeter übersteigt.

Berechtigte Person ist eine Person, die das Alter von 70 Jahren zu Beginn der Versicherung noch nicht erreicht hat, deren Eintritt von CareMed vor Versicherungsbeginn bestätigt und angenommen und worüber der Versicherer informiert sowie die entsprechende Prämie gezahlt wurde.

Chronische Krankheit bedeutet ein Zustand, der lang andauernd und wiederholend ist, oder durch ein langes Leiden charakterisiert wird.

Erkrankung bedeutet eine Krankheit oder ein Leiden jeglicher Art, mit der sich eine Person infiziert oder an dem eine Person erkrankt und die/das begann, während dieser Plan in Kraft war. Jegliche Komplikation oder jeglicher Zustand, die/der sich aus einer Erkrankung ergibt, gegen welche der Versicherte behandelt wird oder eine Behandlung erhalten hat, wird als Teil der ursprünglichen Erkrankung betrachtet.

Extremsportarten sind Sportarten, die ein großes Maß an Gefahr und Risiko mit sich bringen.

Fahrzeug bedeutet Landfahrzeug, Anhänger oder Sattelschlepper (einschließlich der daran befestigten Maschinen oder Vorrichtungen), die für das Fahren auf öffentlichen Straßen zugelassen oder registriert sind.

Fallschirmspringen bedeutet eine Aktivität, die den freien Fall aus einem Flugzeug mit Gebrauch eines Fallschirms umfasst.

Familienmitglied bedeutet ein Ehegatte, Elternteil, Grosseltern, Geschwisterteil oder Kind der versicherten Person.

Gastfamilie ist eine natürliche Person bzw. sind natürliche Personen, die für die Bereitstellung von Unterkunft, Verpflegung,

allgemeine Fürsorge und Pflege während einer versicherten Reise/eines versicherten Reiseprogramms verantwortlich sind.

Heimatland ist das Land, 1) in dem die versicherte Person ihren eigentlichen, festen und ständigen Hauptwohnsitz hat und 2) das sie bei Abschluss der Versicherung gegenüber CareMed angegeben hat.

Krankenhaus bedeutet, außer wenn anderweitig festgelegt, eine Klinik (kein Heim für Alte, chronisch Kranke oder Rekonvaleszenten, Alters- oder Pflegeheim), die nach dem Gesetz für Pflege und Behandlung kranker und verletzter Personen mit organisierten Einrichtungen zur Diagnose und Operation und in einem 24-Stunden-Pflegedienst und unter ärztlicher Aufsicht arbeitet. Krankenhaus bedeutet ein Ort, der

1. zum Zweck der Bereitstellung medizinischer Pflege und Behandlung kranker oder verletzter Personen geführt wird, für die eine Gebühr erhoben wird, zu deren Zahlung die versicherte Person gesetzlich verpflichtet ist, bei nicht vorhandener Versicherung;
2. diese Pflege und Behandlung in medizinischen, diagnostischen oder chirurgischen Einrichtungen auf seinem Gelände oder dem, das für diesen Zweck vorgesehen ist, leistet;
3. jederzeit einen 24-Stunden-Pflegedienst unter Aufsicht einer examinierten Krankenschwester bietet; und
4. unter Aufsicht eines oder mehrerer Ärzte steht. Krankenhaus ist auch ein Ort, der von der Joint Commission of Accreditation of Hospitals, American Osteopathic Association oder Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) anerkannt wurde.

Krankenhaus bedeutet nicht:

- Heim für Rekonvaleszenten, Pflegeheim oder Pflegeeinrichtung oder Seniorenheim;
- Ort, der hauptsächlich Aufsichts-, Bildungs- oder Rehabilitationsaufgaben wahrnimmt, oder
- Einrichtung, die sich hauptsächlich mit der Behandlung von Drogenabhängigen oder Alkoholikern befasst.

Leistungszeitraum bedeutet der zulässige Zeitraum, in dem der Versicherte eine Behandlung für eine versicherte Verletzung oder Krankheit erhalten muss.

Psychische und nervöse Störung bedeutet ein Leiden oder eine Krankheit, die in der letzten Ausgabe der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten als psychische Störung aufgeführt wird, und deren Symptome und klinische Befunde eine erhebliche Abweichung von der gesunden Norm im Erleben oder Verhalten ausweist. Nur mangelnder Ansporn gilt nicht als psychische Störung. Ebenso gelten Lernschwierigkeiten sowie Einstellungs- und Disziplinprobleme nicht als psychische Störung.

Selbstbehalt bedeutet der Betrag der gedeckten Kosten, die unter die Verantwortung des Versicherten zur Zahlung fallen, bevor Leistungen im Rahmen dieses Plans zahlbar sind.

Selbstbehalt für eine nicht dringende, in der Notaufnahme behandelte Krankheit bedeutet der Betrag der gedeckten Kosten, der unter die Zahlungsverantwortung des Versicherten fällt, wenn Dienstleistungen in einer Notaufnahme für eine Krankheit erbracht werden, die nicht dazu führen, dass der Versicherte als Patient stationär in das Krankenhaus aufgenommen wird. Der Selbstbehalt wird erlassen, wenn 1) der Versicherte stationär in das Krankenhaus aufgenommen wird oder 2) die Krankheit lebensbedrohend ist. Im Sinne dieser Definitionen bedeutet lebensbedrohend die große Wahrscheinlichkeit, dass der Versicherte an der Krankheit bzw. den Umständen stirbt.

Rehabilitation ist wie folgt versichert:

Stationär: nur im Krankenhaus, Rehabilitationszentren fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Ambulant: Rehabilitationszentren sind bis zu der Grenze im Rahmen der Physiotherapieleistung versichert.

Rezepte:

1. müssen durch einen Arzt infolge einer Verletzung oder Erkrankung im Rahmen des CareMed-Versicherungsplans verschrieben worden sein.

2. Rezepte müssen stets im Voraus bezahlt werden (Zahlung und Einreichung). Der Versicherte muss ein Schadenformular für die Rückerstattung ausfüllen.
3. Die Rezeptquittung muss zusammen mit dem Schadenformular eingereicht werden (Leider sind allgemeine Warenhaus-Quittungen nicht akzeptierbar).

Stationär bedeutet, falls der Versicherte in eine Einrichtung aufgenommen wird oder wenn ihm die Unterbringung und Verpflegung berechnet wird.

Verletzung bedeutet eine Körperverletzung, die allein und direkt durch heftige, zufällige, externe und sichtbare Mittel, unabhängig von einer Krankheit, verursacht wurde.

Versicherte Reise/versichertes Reiseprogramm bedeutet geplante Auslandsreise, die im Antrag ausgewiesen ist, für die der Versicherte die erforderliche Prämie an CareMed zahlt. Diese Police gilt nicht, wenn sich der Versicherte an seinem/ihren ständigen Wohnsitz befindet.

Versicherer bedeutet ACE European Group Limited

Versicherter bedeutet eine versicherte Person gemäß dem vorliegenden Versicherungsvertrag.

Versicherungszeitraum bedeutet den durch den Versicherer an den Versicherten ausgestellten Police-Zeitraum, der beginnt, wenn der Versicherungsschutz beginnt, und endet, wenn der Versicherungsschutz endet.

Vorbestehende Krankheit bedeutet jegliche Verletzung oder Krankheit, die die folgenden Kriterien erfüllt:

Ein Zustand/Zustände, der/die eine Person dazu veranlasst hätte(n), ärztlichen Rat, eine Diagnose, Pflege oder Behandlung während der 12 Monate vor dem Datum des Inkrafttretens zu ersuchen, und/oder ein Zustand/Zustände, für den/die eine Feststellung, ein ärztlicher Rat, eine Diagnose, Pflege oder Behandlung während der 12 Monate vor dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes empfohlen, erhalten oder mitgeteilt wurde.

Reisekrankenversicherung (HA)

Der Versicherer bezahlt alle versicherten Kosten, die dem Versicherten während seines Aufenthalts außerhalb seines Heimatlandes für die Behandlung einer akuten Krankheit oder Verletzung entstehen bis zu der Höhe, die im Leistungsplan vorgesehen ist. Versicherte Kosten sind Kosten, die medizinisch notwendig sind, nachstehend aufgeführten sind und die nicht den Ausschlüssen und Einschränkungen unterliegen:

- a) Angemessene und ortsübliche Kosten eines Arztes für Diagnose, Behandlung und Operation. Darüber hinaus bezahlt der Versicherer die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- b) Als Versicherungsfall gelten auch Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat. Die Wartezeit für Entbindung beträgt 8 Monate. Sie wird vom Versicherungsbeginn und bei Vertragsverlängerung vom Verlängerungsbeginn an errechnet. Bestand die Schwangerschaft bereits vor Beginn des Vertrages, besteht Versicherungsschutz für Schwangerschaftsuntersuchungen und -behandlungen sowie Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen, sofern diese durch eine unvorhergesehene akut eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter oder des ungeborenen Kindes erforderlich werden.
Behandlungskosten:

- Schwangerschaftsuntersuchung und -behandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages noch nicht bestanden hat;
 - Behandlung wegen Fehlgeburt;
 - Entbindung nach Ablauf der Wartezeit.
- c) Heilmaßnahmen und Arzneimittel, die der versicherten Person von einem zugelassenen Arzt verordnet werden.
 - d) Stationäre Behandlung in einem allgemein anerkannten Krankenhaus.
 - e) medizinisch notwendiger Krankentransport zum nächstgelegenen Krankenhaus im vereinbarten Geltungsbereich zur stationären Behandlung und Rücktransport zur Unterkunft des Versicherten.
 - f) Hör- und Sprechgeräte, Gehhilfen, Stützapparate, orthopädische Einlagen, orthopädische Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Prothesen und Krankenfahrstühle. Der Versicherer erstattet die Kosten oder Miete für die einfachste Ausführung dieser Hilfsmittel bis zu deren Kaufpreis, die medizinisch für die Behandlung einer akuten Erkrankung oder Verletzung erforderlich sind.
 - g) Krankenhauskosten: Standardtagessatz für die Unterbringung in Krankenzimmern zweiter Klasse und Verpflegung einschließlich Standardpflegeleistungen, Intensivpflege, Intensivtherapie für Koronarpatienten. Ambulante Kosten werden in der gleichen Höhe wie stationäre Kosten übernommen. Findet der Auslandsaufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland statt, so beschränkt sich der Versicherungsschutz bei einem Krankenhausaufenthalt auf die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen bzw. die diesen Leistungen entsprechende Unterbringung sowie die ärztlichen Leistungen und Nebenkosten.
 - h) Operationskosten auf stationärer oder ambulanter Basis einschließlich Kosten für den Operationssaal und Kosten für die Narkosemittel und deren Verwaltung.
 - i) Arzneimittel, die von einem Arzt verschrieben werden.
 - j) Röntgenaufnahmen, Labor- und diagnostische Tests: Gebühren für technische und diagnostische Leistungen.
 - k) Arzneimittel und medizinische Hilfsmittel: begrenzt auf eine Versorgungsdauer von 60 Tagen.
 - l) Psychische Störung: nur die Kosten zur stationären oder ambulanten Behandlung und Medikation der psychischen Störung.
 - m) Stationäre und ambulante Physiotherapie.
 - n) Ambulantes Röntgen und Laborleistungen bis zur Höchstsumme pro Versicherungszeitraum von €/US\$ 500. Ambulante CT-Bilder (Computer-Tomographie) und MRT (Kernspintomographie) bis zur Höchstsumme pro Versicherungszeitraum von €/US\$ 1.000.
 - o) Schmerzstillende Notfall-Zahnbehandlung bei intakten und natürlichen Zähnen.
 - p) Bezüglich Zahnbehandlung nach einem Unfall besteht Anspruch auf zahnärztliche Notfallbehandlung zur Wiederherstellung oder Ersatz von intakten, natürlichen Zähnen, die durch einen Unfall, der unter den Versicherungsschutz fällt, beschädigt wurden.

Weder der Versicherer noch CareMed Assist haften für die Verfügbarkeit, Quantität und Qualität oder den Erfolg einer dem Versicherten zuteil gewordenen medizinischen Behandlung oder die Nichtinanspruchnahme angebotener Behandlung durch den Versicherten.

KRANKENTRANSPORT/RÜCKTRANSPORT

1. Die Kosten für einen von CareMed Assist als medizinisch notwendig erachteten und arrangierten Transport werden vom Versicherer für den Transport der versicherten Person in Folge einer unter den Versicherungsschutz fallenden Verletzung oder Erkrankung erstattet. Der Versicherer zahlt auch folgende medizinisch notwendige Kosten für den Transport des Versicherten:
 - a) zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
 - b) zu einem geeigneten Krankenhaus in nächster Nähe des ständigen Wohnsitzes des Versicherten oder zu einem Krankenhaus im Heimatland des Versicherten.
2. Nach Möglichkeit sollte das Rückflugticket für den Rücktransport verwendet werden.
3. Ist der Versicherte physisch nicht in der Lage, Aktivitäten in Folge einer unter den Versicherungsschutz fallenden Verletzung oder Erkrankung in dem für den Programmablauf

erforderlichen Umfang fortzusetzen (z.B. Au Pair, Praktikum, Work & Travel), wird der medizinische Rücktransport für medizinisch sinnvoll und angemessen erachtet. Der Versicherer hat zusätzliche Kosten für ein notwendiges Ticket-Upgrade zu erstatten.

MEDIZINISCHE BEHANDLUNG IM HEIMATLAND:

Wenn eine aufwendige medizinisch notwendige Behandlung ärztlicherseits nicht sofort/akut behandlungsbedürftig ist, die Kosten für die Behandlung im Gastland die Kosten des Rücktransports des Versicherten ins Heimatland übersteigen und der Gesundheitszustand des Versicherten einen solchen Rücktransport zulässt, ist der Versicherer berechtigt zu entscheiden, den Versicherten auf Kosten des Versicherers ins Heimatland zu transportieren und dort die Behandlung durchführen zu lassen. Die Kosten für eine solche Behandlung im Heimatland werden nicht vom Versicherer übernommen. Grundlage für eine solche Entscheidung bilden die medizinischen Berichte zum Gesundheitszustand des Versicherten. Entscheidet der Versicherer, den Versicherten ins Heimatland zurück zu transportieren, und sollte der Versicherte dennoch darauf bestehen, die Behandlung im Gastland durchführen zu lassen, liegen die Kosten der Behandlung ausschließlich im Verantwortungsbereich des Versicherten. Der Versicherer erstattet in diesem Fall nur den Betrag, der für den Rücktransport entstanden wäre. Diesen erstattet der Versicherer direkt an den Versicherten. Seitens des Versicherten ist innerhalb von 72 Stunden nach der Benachrichtigung von Seiten des Versicherers eine Entscheidung zu treffen.

ÜBERFÜHRUNG STERBLICHER ÜBERRESTE

Die unmittelbaren Kosten der Überführung des Verstorbenen erstattet der Versicherer, wenn sie von CareMed Assist vorab genehmigt und organisiert wurde. Bei Tod eines Versicherten werden im Rahmen dieser Police die Kosten für die Einholung der erforderlichen behördlichen Genehmigungen, die Herrichtung und den Transport der sterblichen Überreste zum Wohnort oder Ort der Bestattung, Einbalsamierung oder Feuerbestattung in einem Standardsarg oder Luftfrachtbehälter erstattet.

Versicherungsschutz bei Risikosportarten (X)

Arztkosten für die Behandlung von Verletzungen, die bei der Teilnahme an Risikosportarten entstehen, werden bis maximal €50.000 übernommen. Zu den Risikosportarten gehören:

- Snowboard-Fahren, Fahren auf einem Schneemobil, Jetski, Motorrad, Geländefahrzeug oder einem Motorroller;
- Tauchen mit Unterwasseratmergerät, sofern der Versicherte ein PADI- oder NAUI-Zertifikat oder ein im Gastland anerkanntes Zertifikat besitzt;
- Wasserski, Segelfliegen, Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen, Bungeejumping, Zip-Line, Höhlenwandern;
- Kampfsportarten (z. B. Boxen, Taekwondo, Karate), Wildwasser-Rafting, Bergsteigen und Klettern unter Aufsicht eines Lehrers/Reiseführers;
- sämtliche Aktivitäten, die von der Organisation, Schule/Universität der versicherten Person oder seitens des Ferienresorts, an dem sich der Versicherte aufhält, organisiert werden.

Versicherungsschutz bei Risikosportarten beinhaltet keine Aktivitäten, die als Extremsport angesehen werden.

Reisenotfallversicherung (E)

Der Versicherer bezahlt alle versicherten Kosten, die dem Versicherten während seines Aufenthalts außerhalb seines Heimatlandes für die Behandlung einer akuten Krankheit oder Verletzung entstehen bis zu der Höhe, die im Leistungsplan vorgesehen ist. Versicherte Kosten sind Kosten, die medizinisch notwendig sind, nachstehend aufgeführten sind und die nicht den Ausschlüssen und Einschränkungen unterliegen:

- Schmerzstillende Notfall-Zahnbehandlung bei intakten und natürlichen Zähnen.
- Bezüglich Zahnbehandlung nach einem Unfall besteht Anspruch auf zahnärztliche Notfallbehandlung zur Wiederherstellung oder Ersatz von intakten, natürlichen

Zähnen, die durch einen Unfall, der unter den Versicherungsschutz fällt, beschädigt wurden.

Weder der Versicherer noch CareMed Assist haften für die Verfügbarkeit, Quantität und Qualität oder den Erfolg einer dem Versicherten zuteil gewordenen medizinischen Behandlung oder die Nichtinanspruchnahme angebotener Behandlung durch den Versicherten.

KRANKENTRANSPORT/RÜCKTRANSPORT

- Die Kosten für einen von CareMed Assist als medizinisch notwendig erachteten und arrangierten Transport werden vom Versicherer für den Transport der versicherten Person in Folge einer unter den Versicherungsschutz fallenden Verletzung oder Erkrankung erstattet. Der Versicherer zahlt auch folgende medizinisch notwendige Kosten für den Transport des Versicherten:
 - zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
 - zu einem geeigneten Krankenhaus in nächster Nähe des ständigen Wohnsitzes des Versicherten oder zu einem Krankenhaus im Heimatland des Versicherten.
- Nach Möglichkeit sollte das Rückflugticket für den Rücktransport verwendet werden.
- Ist der Versicherte physisch nicht in der Lage, Aktivitäten in Folge einer unter den Versicherungsschutz fallenden Verletzung oder Erkrankung in dem für den Programmablauf erforderlichen Umfang fortzusetzen (z.B. Au Pair, Praktikum, Work & Travel), wird der medizinische Rücktransport für medizinisch sinnvoll und angemessen erachtet. Der Versicherer hat zusätzliche Kosten für ein notwendiges Ticket-Upgrade zu erstatten.

ÜBERFÜHRUNG STERBLICHER ÜBERRESTE

Die unmittelbaren Kosten der Überführung des Verstorbenen erstattet der Versicherer, wenn sie von CareMed Assist vorab genehmigt und organisiert wurde. Bei Tod eines Versicherten werden im Rahmen dieser Police die Kosten für die Einholung der erforderlichen behördlichen Genehmigungen, die Herrichtung und den Transport der sterblichen Überreste zum Wohnort oder Ort der Bestattung, Einbalsamierung oder Feuerbestattung in einem Standardsarg oder Luftfrachtbehälter erstattet.

Reiseunfallentschädigungsversicherung (I)

Der Versicherer erbringt Versicherungsleistungen entsprechend der in der Leistungsübersicht genannten Grundsumme, wenn sich der Versicherte bei einem Unfall, der unter den Versicherungsschutz fällt, eine Verletzung zuzieht, die direkt zum Tod oder einer dauernden Invalidität der versicherten Person führt.

Ein unter den Versicherungsschutz fallender Unfall liegt vor,

- wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig einen Gesundheitsschaden erleidet, und
- wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden, und
- wenn der Unfall, der die Verletzung verursacht hat, im Versicherungszeitraum liegt.

Unter der Voraussetzung, dass der Unfalltod der versicherten Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eintritt, zahlt der Versicherer die im Leistungskatalog für Unfalltod versicherte Grundsumme.

Führt die Verletzung des Versicherten zur dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht ein Anspruch auf die für den Invaliditätsfall versicherte Grundsumme. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eintreten und innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem zugelassenen Arzt als dauerhaft festgestellt werden.

Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität und dem dauernd beeinträchtigten Körperteil. Ungeachtet des Nachweises eines höheren oder niedrigeren Invaliditätsgrades gelten für die Invaliditätsgrundsumme im Leistungskatalog folgende Höchstsätze:

Übersicht über dauernde Beeinträchtigung

Arm	70%
Arm bis oberhalb Ellenbogengelenk	65%
Arm bis unterhalb Ellenbogengelenk	60%
Hand	55%
Daumen	20%
Zeigefinger	10%
Anderer Finger	5%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Knie	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
Großer Zeh	5 %
Anderer Zeh	2 %
Auge	50%
Gehör auf einem Ohr	30%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	5%

1. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes, der in der obigen Übersicht über ständige Beeinträchtigungen festgelegt ist, bestimmt.
2. Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsfähigkeit oben nicht genannt werden, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
3. Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die in der Tabelle für ständige Beeinträchtigungen genannt sind, zusammengerechnet. Dieses darf jedoch höchstens bis zu einer Gesamtleistung von 100 % führen.

Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauerhaft beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Dies ist nach der oben genannten Tabelle für ständige Beeinträchtigungen zu bemessen.

Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder später als ein Jahr nach dem Unfall und war vorher der Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Haben Krankheiten oder Gebrechen zur Unfallursache beigetragen, werden die Leistungen entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, vorausgesetzt, dieser Anteil liegt bei mindestens 25 %.

Zahlungen erfolgen an: einen Begünstigten, der vom Versicherten benannt wird. Wird vom Versicherten kein Begünstigter benannt, werden Leistungen im Todesfall zuerst an folgende hinterbliebene Anspruchsberechtigte des Versicherten gezahlt:

1. Ehegatte;
2. Kind oder Kinder gemeinsam;
3. Eltern gemeinsam, wenn beide noch leben, oder hinterbliebener Elternteil, wenn nur ein Elternteil überlebt;
4. Brüder und Schwestern gemeinsam, oder
5. Nachlass der versicherten Person.

Such- und Bergungskosten

Der Versicherer leistet insgesamt bis zur der vereinbarten Versicherungssumme die entstandenen Kosten für:

1. Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;
2. Suchkosten, für die die versicherte Person verantwortlich ist, obwohl sie keine Verletzung bei einem Unfall erlitten hat;

3. Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet;
4. Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren; und
5. Transport zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

Reiseschutz (T)

REISEUNTERBRECHUNG

Der Versicherer übernimmt die Kosten und die Organisation der Heimreise und zurück bei Unfall/Tod/schwerer Krankheit eines Familienmitglieds. Alle Vorkehrungen müssen von CareMed Assist koordiniert werden.

Der Versicherer trägt die Kosten für den Rücktransport des Versicherten in sein Gastland, falls alle der folgenden Bedingungen erfüllt wurden:

- a) Der Versicherte muss ein Langzeit-Reisender bei CareMed und mehr als 3 Monate versichert sein.
- b) Es müssen noch mindestens 6 Wochen von dem geplanten Aufenthalt des Versicherten übrig sein*.
*Ausnahmen zu dieser Regel sind Teilnehmer an Schulaustauschprogrammen, die Prüfungen abschließen und/oder an Graduierungs-Zeremonien teilnehmen müssen.
- c) Alle Vorkehrungen müssen von CareMed Assist koordiniert werden.
- d) Nach Möglichkeit sollte das Rückflugticket für den Rücktransport verwendet werden. Im Fall der Rückkehr in das Zielland, sind Hin- und Rückflug gedeckt.

FAMILIENZUSAMMENFÜHRUNG

Der Versicherer erstattet die Kosten für die Beförderung und Unterbringung von Familienmitgliedern sofern diese von CareMed Assist organisiert wurden, bis zum Höchstbetrag, der im Versicherungsvertrag festgelegt ist, wenn sich die versicherte Person aufgrund eines lebensbedrohlichen Zustands oder länger als 10 aufeinanderfolgende Tage stationär im Krankenhaus befindet.

Reisegepäckversicherung (L)

Bei Schäden am Reisegepäck, außer bei Schäden an aufgegebenem Gepäck, trägt die versicherte Person pro Schadenfall einen Selbstbehalt von €/US\$ 50.

Zum versicherten Reisegepäck zählen alle Sachen des persönlichen Reisebedarfs einschließlich Geschenke und Reiseandenken. Einzelheiten zu Versicherungsbeschränkungen in Bezug auf bestimmte Gegenstände des Reisegepäcks siehe Punkt 4.

1. Aufgegebenes Gepäck
 - a) Versichert ist Reisegepäck, wenn es abhanden kommt oder beschädigt wird, während es sich im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens, eines Beherbergungsbetriebes oder einer Gepäckaufbewahrung befindet.
 - b) Erreicht zur Beförderung aufgegebenes Reisegepäck den Bestimmungsort wegen verzögerter Beförderung nicht am selben Tag wie die versicherte Person, werden die nachgewiesenen Aufwendungen für die Wiedererlangung des Gepäcks und für notwendige Ersatzbeschaffung zur Fortführung der Reise bis höchstens €/US\$ 500 je Vertrag erstattet, wenn die Fluggesellschaft oder der Verantwortliche nachweislich keine Erstattung leistet.
2. Reisegepäck am abgestellten Fahrzeug:
Versicherungsschutz besteht bei Diebstahl aus einem abgestellten Fahrzeug und aus daran mit Verschluss gesicherten Packboxen, wenn das Fahrzeug bzw. die Packboxen fest umschlossen und durch Verschluss gesichert sind und der Schaden zwischen 06.00 und 22.00 Uhr eintritt. Bei einer Fahrtunterbrechung, die nicht länger als zwei Stunden dauert, besteht auch nachts Versicherungsschutz.
3. Alle anderen Reisezeiten:
Während der übrigen Reisezeit besteht Versicherungsschutz, wenn Reisegepäck abhanden kommt oder beschädigt wird durch

- a) Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Raub, räuberische Erpressung, absichtliche Sachbeschädigung durch Dritte,
- b) Unfälle, bei denen die versicherte Person oder das Transportmittel zu Schaden kommen,
- c) Feuer, Elementarereignisse, höhere Gewalt.
4. Die Höchstentschädigung ist wie folgt beschränkt:
 - a) Fotoausrüstungen, Film- und Videokameras, Mobiltelefone einschließlich Zubehör, persönliche elektronische Geräte (z.B. iPods, MP3-Spieler, PDAs, persönliche Videoabspielgeräte) sowie Pelze - 50% der Versicherungssumme;
 - b) Laptop einer versicherten Person - 50 % der Versicherungssumme;
 - c) Brillen und Kontaktlinsen €/US\$ 250 je Schadenfall.
5. Bis zur Höhe der Versicherungssumme ersetzt der Versicherer im Versicherungsfall für alle übrigen Gegenstände des Reisegepäcks:
 - a) den Zeitwert zu Schaden gekommener Sachen. Der Zeitwert ist jener Betrag, der allgemein erforderlich ist, um neue Sachen gleicher Art und Güte anzuschaffen, abzüglich eines dem Zustand der versicherten Sache (Alter, Abnutzung, Gebrauch etc.) entsprechenden Betrages; für während der Reise gekaufte Gegenstände höchstens den Kaufpreis;
 - b) die notwendigen Reparaturkosten für beschädigte Sachen und gegebenenfalls die verbleibende Wertminderung, höchstens jedoch den Zeitwert;
 - c) den Materialwert für Filme, Bild-, Ton- und Datenträger,
 - d) die amtlichen Gebühren für die Wiederbeschaffung von Ausweisen.
6. Bei Verlust eines Flugtickets ersetzt der Versicherer anfallende Gebühren für die Ausstellung eines Ersatzflugtickets bis zu einer Höhe von €/US\$100; nicht jedoch die Kosten für das Ticket selbst.
7. Bei den versicherten Summen handelt es sich um Erstrisikosummen, d.h., dass im Schadenfall keine weitere Versicherung angerechnet wird.
7. HIV (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) und jegliche mögliche Folgen davon, wenn auf geschlechtlichem Weg übertragen;
8. Selbstmord, Selbstmordversuch oder selbst zugefügte Verletzungen; Geisteskrankheit, mentale oder emotionale Störungen oder Reaktionen – u.a. Stress, Angst, Panikattacken, Depression, Essstörung oder Gewichtsprobleme; Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden;
9. Missbrauch von Rauschmitteln, Betäubungsmitteln oder zu Gewöhnung führenden Drogen oder deren Derivaten sowie Beeinträchtigung durch solche Mittel, unabhängig davon, ob es sich dabei um unmittelbare oder mittelbare Ursache der Kosten handelt; Missbrauch von Arzneimitteln;
10. Eine Verletzung, die aus folgenden Tätigkeiten herrührt: Boxen, Kampfsportarten, Luftsportarten, Heli-Skiing, Bergsteigen, Bergklettern, Segelfliegen, Fallschirmspringen, Bungeejumping, Pferderennen, Kraftfahrzeugen oder Geschwindigkeitsrennen, Fahren oder Sitzen auf einem Motorrad, Motor-Skooter oder geländegängigen Fahrzeug, Tauchen mit einem Atemgerät (sofern der Versicherte keine Befähigungsbescheinigung besitzt, die im Aufenthaltsland von der zuständigen Behörde als gültig anerkannt wurde), Wildwasserfahren, Jetski-Fahren, Snowboard-Fahren, Schneemobilfahren, falls dies als eine sportliche Tätigkeit ausgeübt wird, Schnorcheln, Wasserski, Höhlenforschen, Höhlenwandern, Gleitschirmfliegen, professionelle Sportarten; falls die Option inklusive Risikosportarten nicht gewählt wurde, sind die Aktivitäten, die unter „Versicherungsschutz bei Risikosportarten (X)“ aufgelistet sind, ausgeschlossen.
Für Teilnehmer, die im Rahmen von Snow Resort Work & Travel Programmen in Skigebieten arbeiten, ist Abfahrtski- und Snowboard-Fahren bis zu einem Höchstbetrag von €/US\$ 5.000 pro Versicherungszeitraum versichert.
11. Führen jedes motorisierten Transportmittels zu Lande oder zu Wasser oder der Luft, sofern die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder die hierfür erforderliche gültige Fahrerlaubnis nicht besitzt. Versicherungsschutz besteht grundsätzlich bei Teilnahme an der von der Schule organisierten Vorbereitung zur Autofahrprüfung. Weiterhin besteht Versicherungsschutz beim Führen eines Mofas oder Mopeds, sofern die versicherte Person die hierfür erforderliche Fahrerlaubnis besitzt und die mit dem Fahrzeug zu erzielende maximale Höchstgeschwindigkeit nicht mehr als 50 km/h beträgt;
12. Es besteht kein Versicherungsschutz für Co-Piloten oder Passagiere eines nicht-kommerziellen Fluges sowie als Beifahrer eines Motorrads, Snow-Mobils, wenn als Sportfahrzeug benutzt, jeglichen Off-Road-Fahrzeugs, Rennfahrzeugs oder jeglicher Art von Go-Kart-Fahrzeugen. Jedoch besteht Versicherungsschutz für Beifahrer oder Passagiere motorisierter Transportmittel inklusive Snow-Mobile, wenn als Transportmittel benutzt;
13. Keine Haftung besteht für Zinsen, Finanzierungskosten oder Gebühren für Mahnschreiben;
14. Fälle, in denen der Versicherungsfall keine akute Erkrankung oder kein Eintritt eines unvorhergesehenen Ereignisses für die versicherte Person ist;
15. Reisen, die zum Zwecke der Sicherung medizinischer Behandlung unternommen werden;
16. Medizinische Behandlung, die der versicherten Person schon vor der Abreise bekannt war;
17. Kosten für Zahnersatz, kieferorthopädische Behandlung, Kronen und Routinebehandlung, wie Zahnsteinentfernung, werden nicht erstattet;
18. Routineuntersuchungen, einschließlich Routineuntersuchungen der Augen;
19. In Abweichung hiervon werden die Kosten für einen Sehtest erstattet, sofern dieser wegen des Neuerwerbs einer Brille erforderlich ist und für den Verlust oder die Zerstörung dieser Brille im Rahmen der Reisegepäckversicherung eine Deckungszusage erteilt wurde;
20. Medizinischer Behandlung und Operation, die aufgeschoben werden kann und die nicht absolut medizinisch notwendig ist;
21. Behandlung zur Stabilisierung einer chronischen Erkrankung;
22. Allergietests;
23. Behandlung und Medikation zur Rekonvaleszenz und Stärkung;

Allgemeine Einschränkungen und Ausschlüsse

Es werden keine Leistungen übernommen für Reisekrankversicherung, Reiseunfallversicherung, medizinischen Transport/Rücktransport und Reise Assistance sowie Rückführung sterblicher Überreste im Fall von:

1. Krieg oder Kriegshandlungen (unabhängig davon, ob eine Kriegserklärung erfolgt ist), Rebellion, Revolution, Terrorismus, Flugzeugentführung, Aufstand, Unruhen, Streik, bewaffnete Gewalt jeglicher Art, Gesetzesvollzug und Notdienst, das Begehen oder versuchte Begehen einer Straftat, Schlägerei oder Gewalttätigkeit und Handlungen durch öffentliche Gewalt;
2. Verluste, Schäden, Kosten oder Ausgaben jeglicher Art, die sich direkt oder indirekt ergeben aus dem Abfeuern, der Explosion oder Verwendung von Geräten, Waffen, Material, bei denen Kernspaltung, Kernfusion oder radioaktive Kräfte oder chemische, biologische, radiologische oder andere Mittel eingesetzt werden oder damit verbunden sind, unabhängig davon, ob dies zu Friedens- oder Kriegszeiten geschieht und ungeachtet anderer Ursachen oder Ereignisse, die gleichzeitig oder als Folge desselben eintreten;
3. Schäden, die absichtlich durch den Versicherten herbeigeführt werden;
4. Aufnahme von Arbeit gegen Lohn oder Profit. Der Versicherte kann leichte Aufgaben zur Kinderbetreuung oder im Rahmen von Au Pair-Diensten übernehmen, sowie als Praktikant tätig werden. Weiterhin besteht Versicherungsschutz für alle Tätigkeiten, die im Rahmen eines F1, J1, J2 und H2B Visums zur Einreise in die USA oder im Rahmen eines Working Holiday Visa zur Einreise nach Australien, Neuseeland oder z.B. Kanada stattfinden;
5. Jegliche Verletzung oder Erkrankung, die einen zuvor vorhandenen Zustand, wie hierunter definiert, darstellt. Diese Einschränkung wird im Falle eines lebensbedrohenden, im Zeitraum des Versicherungsschutzes akut werdenden Zustands aufgehoben. Als lebensbedrohender Zustand gilt im Sinne dieser Einschränkung eine medizinisch indizierte Therapie im Rahmen einer intensivstationären Behandlung.
6. Auf geschlechtlichem Weg übertragene Krankheiten;

24. Rezeptfrei erhältliche Arzneimittel, vorbeugende Impfungen, Injektionen oder Arzneimittel, Empfängnisverhütungsmittel, fruchtbarkeitssteigernde Mittel, Vitaminpräparate;
25. Plastische oder kosmetische Operationen, sofern der Versicherer die Maßnahme nicht vorab zur Behebung von Verletzungsfolgen genehmigt hat;
26. Brillen und Kontaktlinsen, soweit sie nicht unter die Reisegepäckversicherung fallen, Ersatz, Herausnahme oder Reparatur vorhandener prothetischer Hilfsmittel;
27. Außerhalb des Versicherungszeitraumes oder in dem Land, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat, in Anspruch genommene medizinische Behandlung und Medikation;
28. Schwangerschaftsunterbrechungen, sofern diese nicht medizinisch indiziert waren;
39. Angeborene Anomalien oder genetische Defekte;
30. Gallensteinleiden, Steinertrümmerung, Blasenspiegelung, Leistenbruch, Krampfadern.

Für die Unfallentschädigungsversicherung gelten folgende zusätzlich Ausschlüsse.

1. Bakterielle Infektionen mit Ausnahme fiebererzeugender Infektionen, die durch zufällige Schnitt- oder andere unfallbedingte Wunden entstehen;
2. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund;
3. Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen. Dies gilt auch, soweit der Zustand auf Alkohol- oder Drogeneinfluss zurückzuführen ist;
4. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe in ihren Körper; Strahlen und Infektionen;

Für die Reisegepäckversicherung gelten folgende zusätzliche Ausschlüsse:

1. Von der Versicherung sind folgende Gegenstände ausgeschlossen:
 - a) Geld, Wertpapiere, Fahrkarten und Dokumente aller Art, ausgenommen im Rahmen der Reisegepäckversicherung beanspruchte offizielle Gebühren für den Ersatz von Identifikationsdokumenten
 - b) Computer, Software und Zubehör (mit Ausnahme der hierin getroffenen Festlegungen);
 - c) motorgetriebene Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge samt Zubehör;
2. Einschränkungen des Versicherungsschutzes
 - a) Schmuck und Wertgegenstände sind in Gepäck, das zur Beförderung aufgegeben ist, und im abgestellten Fahrzeug nicht versichert. Während der übrigen Reisezeit besteht Versicherungsschutz, wenn sie in einem Safe oder einem anderen ortsfesten verschlossenen Behältnis verwahrt sind oder im persönlichen Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt werden.
 - b) Vermögensfolgeschäden sind nicht versichert.
 - c) Versicherungsschutz für Schäden am Reisegepäck während des Zeltens und Campings besteht nur auf offiziell eingerichteten Campingplätzen.
 - d) Versicherungsschutz für Fahrräder, Surfbretter, Skier und Snowboards gilt nur, wenn diese in einem abgeschlossenen Raum untergestellt waren.
3. Verloren gegangene, beschädigte oder gestohlene Gepäckstücke, wenn der Versicherte keine angemessenen Maßnahmen zum Schutz, zur Bergung und/oder zur Wiedererlangung der betreffenden Gegenstände ergriffen hat.

Allgemeine Bestimmungen & Obliegenheiten

Es gelten folgende Bestimmungen für die Reisekranken- u. Unfallversicherung, Reiseunfallentschädigungsversicherung, Reisegepäckversicherung, den medizinischen Transport/Rücktransport und Reise Assistance, Rückführung von sterblichen Überresten und Haftpflichtversicherung:

FALSCHER ANGABEN UND BETRUG.

Der Versicherer ist von seiner Verpflichtung zur Leistung gemäß dem Versicherungsvertrag frei, wenn die versicherte Person versucht, den Versicherer nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu täuschen durch Angabe falscher Details zu den Umständen,

die für Einschätzung, ob der Versicherer verpflichtet ist, Entschädigung gemäß dem vorhandenen Versicherungsvertrag zu leisten, von Bedeutung sind.

ABTRETUNG.

Der Versicherer ist berechtigt, Schadenersatz von Dritten bis zur Höhe der vom Versicherer geleisteten Zahlungen zu verlangen. Die versicherte Person ist verpflichtet, jegliche Schadenersatzansprüche in diesem Umfang und dieser Höhe an den Versicherer abzutreten. Die versicherte Person unterstützt den Versicherer bei der Durchsetzung und Abtretung von Ansprüchen.

1. Hat die versicherte Person einen Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber einer privaten Krankenversicherung geltend gemacht und entsprechende Leistungen im Zusammenhang mit einem Versicherungsfall erhalten, ist ein Anspruch durch die versicherte Person bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wurde, ausgeschlossen.
2. Der Versicherte ist verpflichtet, Leistungsnachweise mit dem Erstattungsvermerk des vorrangig leistenden Kranken-, Sach- oder Haftpflichtversicherer oder Pensionsversicherer dem Versicherer einzureichen. Gibt der Versicherte einen solchen Anspruch ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er auf dem Anspruch hätte Ersatz erlangen können.

ÜBERVERSICHERUNG

Die gemäß diesem Vertrag gewährte Versicherung (keine Leistungen der Reiseunfallversicherung für Tod oder Invalidität) geht über eine andere gültige und einziehbare Versicherung hinaus. Alle Verpflichtungen zur Ersatzleistung, die sich aus allen anderen Versicherungsverträgen ergeben, haben Vorrang vor diesem Versicherungsvertrag. Dies gilt insbesondere für gesetzliche Leistungen, die durch Sozialversicherungseinrichtungen zu zahlen sind, und Leistungsansprüche des Versicherten gegen eine Haftpflichtversicherung, die von einem Versicherer (z.B. Fahrzeugversicherung oder Privathaftpflichtversicherung) übernommen wurde. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage von Originalrechnungen zunächst den Versicherer in Anspruch, ist dies als Voranzeige zu betrachten, doch die versicherte Person muss diese Rechnungen zuerst im Rahmen einer anderen Versicherung zwecks Zahlung vorlegen.

WANN BEGINNT DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Der Versicherungsvertrag beginnt um 00.01 Uhr am Tag des Inkrafttretens, den die versicherte Person gewählt hat, vorausgesetzt, die entsprechende Versicherungsprämie wurde vor Beginn der versicherten Reise/des versicherten Reiseprogramms oder an dem Tag gezahlt, an dem CareMed den Versicherungsantrag und die Prämie angenommen hat, falls dieser Termin nach dem Datum des Inkrafttretens, das auf dem Antrag des Versicherten genannt ist, liegt.

WANN ENDET DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Der Vertrag endet um 23.59 Uhr des Tages, der in der Versicherungsbestätigung als Versicherungsende genannt wird, oder bei vorzeitiger Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland oder an dem Tag, bis zu dem die Prämie gezahlt wurde. Der Versicherungsschutz verlängert sich über das in der Bestätigung genannte Ende hinaus, wenn

1. sich die Rückreise des Versicherten durch Verspätungen der Beförderungsmittel verzögert, die der Versicherte nicht zu vertreten hat, maximal jedoch um 72 Stunden;
2. sich die versicherte Person am Ende der Laufzeit auf ambulanter Basis in einem Krankenhaus befindet, und ein Arzt ihre Transportunfähigkeit bescheinigt, bis maximal 90 Tage; und
3. nachgewiesen werden kann, dass sich die Dauer des Schuljahres durch ein unvorgesehenes Ereignis verlängert. Für diesen Fall muss die versicherte Person CareMed im voraus benachrichtigen und für die Verlängerung eine zusätzliche Prämie im voraus bezahlen.

Für eine Verlängerung aus Gründen, die unter Pkt. 3. genannt werden, zahlt die versicherte Person eine weitere Prämie für den Verlängerungszeitraum in der gleichen Höhe wie für den ersten Versicherungszeitraum. Lehnt es die versicherte Person ab, die

Verlängerungsprämie zu zahlen, endet der Versicherungsschutz zum ursprünglichen Termin, der in der Versicherungsbestätigung angegeben ist.

VERSICHERUNGSPRÄMIEN

1. Für den Versicherungsvertrag fällige Prämien sind vor dem Datum des Inkrafttretens der Police in der festgelegten Höhe an CareMed zu überweisen.
2. Prämienzahlungen müssen vollständig vor dem Inkrafttreten der Police bei CareMed eingegangen sein. Werden zur Zahlung eingereichte Schecks nicht valutiert, besteht kein Versicherungsschutz.
3. Wird der Versicherungsantrag vor Inkrafttreten storniert, wird die Prämie voll zurückerstattet.
4. Wird der Versicherungsantrag nach dem Datum des Inkrafttretens storniert, so erhält der Versicherte für die Restlaufzeit die Prämie für die verbleibenden vollen Monate abzüglich einer Bearbeitungsgebühr zurückerstattet, wenn vom Versicherer kein Schadenfall beglichen wurde. Die Stornierung kann frühestens nach Eingang der Stornomitteilung bei CareMed bearbeitet werden. Prämienrückerstattungen werden 60 Tage nach Eingang einer schriftlichen Mitteilung vom Versicherten bei CareMed bearbeitet.

SCHADENFÄLLE

Die versicherte Person ist verpflichtet, folgende Bestimmungen in Bezug auf Schadenfälle zu beachten. Verletzt der Versicherte eine dieser Verpflichtungen vorsätzlich oder grob fahrlässig, oder versucht er, den Versicherer durch unrichtige Angaben, die von Bedeutung hinsichtlich der Umstände des Schadenfalls sind, zu täuschen, kann der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung gemäß dieser Police frei werden.

1. Kontaktaufnahme zu CareMed Assist zwecks Leistungen zur Reise Assistance;
2. Kontaktaufnahme zu CareMed Assist oder dem Schadenbüro vor einem Krankenhausaufenthalt oder einer Operation;
3. Unverzügliche Mitteilung eines Schadenfalls an das entsprechende Schadenbüro;
4. Versäumt es der Versicherte, unverzüglich Kontakt zum Schadenbüro oder zu CareMed Assist aufzunehmen, wenn er sich im Krankenhaus befindet oder sich einer Operation unterzieht, so hat er die darauf entstehenden Mehrkosten zu tragen;
5. Der Schaden ist möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden;
6. Das Schadenereignis, Umfang und alle dazugehörigen Informationen sind dem Schadenbüro darzulegen. Der Versicherte muss ein ausgefülltes Schadenformular und einen Nachweis in Form von Originalrechnungen und -quittungen vorlegen. Diese müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Beschreibung und Diagnose der Behandlung, Angaben der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers sowie Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk der Apotheke deutlich hervorgehen.
7. Der Versicherte ist verpflichtet, die Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden und es dem Versicherer und dessen Beauftragten zu gestatten, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen und dazu auch Informationen von Gesundheits- und anderen Behörden einzuholen.
8. Der Versicherte hat innerhalb von 60 Tagen nach Eintritt des Versicherungsfalles dem Schadenbüro ein vollständig ausgefülltes Schadenformular, medizinische Unterlagen, detaillierte Originalrechnungen mit Einzelpostenaufstellung und jegliche sonstigen angemessenen Nachweise über entstandene Kosten in geordneter Form vorzulegen.
9. Verletzt der Versicherte eine dieser Verpflichtungen vorsätzlich oder grob fahrlässig, kann der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung gemäß dieser Police frei werden.

Folgende zusätzliche Schadenfallbestimmungen gelten nur für die Reiseunfallversicherung:

1. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von einem vom Schadenbüro benannten Arzt untersuchen zu lassen. Die für die Untersuchung notwendigen Kosten und dadurch entstandene Verdienstauffälle trägt das Schadenbüro, und

2. sobald das Schadenbüro die Unterlagen erhalten hat, die vom Versicherten zwecks Nachweis der Umstände und Folgen des Unfalls und bei Abschluss der Heilbehandlung zur Festlegung des Invaliditätsgrades einzureichen sind, erklärt das Schadenbüro innerhalb von drei Monaten, ob und in welcher Höhe ein Schadenfall anerkannt wird.
3. Vor Abschluss der Heilbehandlung können Invaliditätsleistungen innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zu der Höhe, die im Todesfall zahlbar wäre, geltend gemacht werden.
4. Die versicherte Person und das Schadenbüro sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich durch einen Arzt bis zu einem Zeitraum von maximal drei Jahren nach Eintritt des Unfalls bemessen zu lassen.

Dieses Recht muss vom Versicherer mit Abgabe der Erklärung entsprechend Nr. 2, von der versicherten Person innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 4 % jährlich zu verzinsen.

Es gelten folgende weitere Schadenfallbestimmungen nur für die Reisegepäckversicherung:

1. Der Versicherer ist von der Pflicht zur Ersatzleistung befreit, wenn der Versicherte vorsätzlich oder grob fahrlässig den Schadenfall herbeigeführt hat oder aus Anlass des Versicherungsfalles, insbesondere in der Schadenanzeige, vorsätzlich unwahre Angaben macht, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.
2. Verlust oder Schäden an aufgegebenem Gepäck müssen dem Beförderungsunternehmen bzw. dem Beherbergungsbetrieb unverzüglich gemeldet werden. Dem Schadenbüro ist eine Schadenbestätigung des betreffenden Unternehmens einzureichen. Äußerlich nicht erkennbare Schäden sind dem Beförderungsunternehmen nach der Entdeckung unverzüglich, spätestens innerhalb von 7 Tagen schriftlich anzuzeigen.
3. Schäden durch strafbare Handlungen sind unverzüglich der nächst zuständigen oder nächst erreichbaren Polizeidienststelle unter Einreichung einer Liste aller in Verlust geratenen oder beschädigten Sachen anzuzeigen. Dem Schadenbüro ist eine Bescheinigung über die polizeiliche Meldung einzureichen.

SCHADENSNACHWEIS

Die versicherte Person übergibt in ordnungsgemäßer Form innerhalb von 60 Tagen nach Eintritt des Unfalls, der Krankheit oder des Verlustes dem Schadenbüro eine vollständig ausgefüllte Schadenanzeige, medizinische Berichte, Originalrechnungen und alle dazugehörigen Kostennachweise.

SCHADENSREGELUNG

1. Hat das Schadenbüro die Leistungspflicht dem Grund und der Höhe nach festgestellt, wird der Schaden innerhalb von zwei Wochen in € oder US\$ oder, nach Wahl des Schadenbüros, in der Währung beglichen, in der die Rechnung gestellt wurde.
2. Die Zahlung erfolgt an den Versicherten auf Vorlage detaillierter Originalrechnungen mit Zahlungsnachweis. Auf Wunsch erfolgt unmittelbare Abrechnung mit dem Leistungserbringer oder einem anspruchsberechtigten Dritten.
3. Die Umrechnung ausländischer Währungen geschieht entsprechend dem Wechselkurs am Tag des Rechnungseingangs beim Versicherer oder im Schadenbüro.
4. Bankgebühren gehen zu Lasten des Versicherten.

UNSTIMMIGKEITEN ZUM SCHADENUMFANG

1. Gegen den Versicherer können beim Gericht am seinem Hauptgeschäftssitz Klagen eingereicht werden.
2. Ansprüche aus der Versicherungspolice verjähren nach 2 Jahren. Diese Beschränkungsfrist beginnt am Ende des Jahres, in dem die Versicherungsleistung zur Zahlung fällig wird. Wurde der Anspruch dem Versicherer mitgeteilt, bleibt der Zeitraum zwischen der Anmeldung und dem Zugang der schriftlichen Entscheidung bei der Fristberechnung unberücksichtigt.
3. Hat der Versicherer einen Anspruch abgelehnt, ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherten nicht innerhalb von 6 (sechs) Monaten gerichtlich geltend gemacht wurde. Die Frist beginnt erst,

nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe von Gründen schriftlich abgelehnt hat.

Reisehaftpflichtversicherung (3)

Der Versicherer kommt im Namen der versicherten Person für alle Kosten auf, die die versicherte Person gesetzlich verpflichtet ist, als Schadenersatz für Ansprüche gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhaltes zu zahlen, die erstmals gegen den Versicherten gestellt und dem Schadenbüro während der Laufzeit des Versicherungsvertrages, in der der Haftpflichtschutz gilt, angezeigt wurden und sich aus einem nach dieser Police versicherten Ereignis ergeben, stets vorausgesetzt, dass dieses Ereignis:

1. am Tag des Inkrafttretens oder danach, und
2. außerhalb des Heimatlandes des Versicherten eintritt.

Der Versicherer hat das Recht und die Pflicht, Klagen gegen den Versicherten (wenn außerhalb der USA, Puerto Rico und Kanada, hat der Versicherer das Recht, doch nicht die Pflicht zur Klageabwehr) bezüglich Schadenersatz, für den diese Versicherung gilt, abzuwehren, auch wenn Behauptungen der Klage grundlos, falsch oder betrügerisch sind. Der Versicherer kann diese Untersuchung und Regulierung eines Anspruchs oder einer Klage mit Mitteln, die er für geeignet hält, durchführen. Keinesfalls ist der Versicherer verpflichtet, Schadenersatz zu leisten oder Kosten für einen Schadenfall zu übernehmen oder eine Klage abzuwehren oder eine Abwehr weiterzuführen, wenn die geltende Haftungsgrenze des Versicherers durch Zahlung von Schadenersatz ausgeschöpft wurde.

Hauseigentümersversicherung der Gastfamilie:

Gilt für Versicherte nur während ihres Aufenthaltes bei einer Gastfamilie. Führt ein Ereignis zu einem in Frage kommenden Anspruch im Rahmen einer gültigen und einziehbaren Hauseigentümersversicherung der Gastfamilie oder einer ähnlichen Sachversicherung für den versicherten Ort, zahlt der Versicherer den entstandenen Schaden bis zur Höhe des Selbstbehalts gemäß der Hauseigentümersversicherung der Gastfamilie (oder einer ähnlichen Versicherung) bis zur maximalen Höhe von €/US\$ 1.000 pro Versicherten und Vertragslaufzeit.

Der Versicherer leistet die Zahlung gemäß der vorliegenden Bestimmung nur, nachdem der Versicherte dem Versicherer einen entsprechenden Nachweis über die Höhe des entstandenen Sachschadens erbracht hat.

WEITERE VERSICHERUNGEN

Steht dem Versicherten für einen versicherten Schaden im Rahmen der Hauseigentümers- oder Haftpflichtversicherung eine andere Versicherung zur Verfügung, gehen die Verpflichtungen gemäß der vorliegenden Versicherung über diese Versicherung hinaus. Keinesfalls gilt diese Versicherung, bis durch alle anderen Versicherungen das zutreffende Versicherungslimit gezahlt wurde.

Definitionen zur Haftpflichtversicherung

Anspruch (Ansprüche) bedeutet die Forderung nach Geld oder Leistung aus einem Rechtsstreit, der den Versicherten benennt und ein Ereignis vorgibt. Der Anspruch umfasst kein Verfahren bezüglich eines Unterlassungs- oder nicht monetären Anspruchs. Strafe einschließender Schadenersatz fällt nicht unter den Versicherungsschutz.

Schadenskosten bedeutet:

1. Honorare, die von einem Anwalt oder Anwälten, die vom Versicherer benannt wurden, erhoben werden und alle anderen Gebühren, Kosten und Ausgaben, die sich aus der Untersuchung, Regulierung, Abwehr und Einspruch eines Anspruchs, einer Klage oder eines Verfahrens in diesem Zusammenhang ergeben, wenn diese dem Versicherer oder, mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers, dem Versicherten entstehen, doch umfassen sie keine Gehaltskosten oder Kosten von normalen Mitarbeitern oder

Vertretern des Versicherers oder Gebühren und Kosten von unabhängigen Regulierern;

2. Alle Kosten gegen den Versicherten in diesen Klagen und alle Anteile an der Gesamthöhe eines Urteils, die sich ergibt nach der Eintragung des Urteils und bevor der Versicherer den Teil des Urteils, der die Haftungsgrenze des Versicherers in diesem Zusammenhang nicht überschreitet, gezahlt, angeboten oder beim Gericht oder anderweitig hinterlegt hat.
3. Prämien für Kautionen für die Kosten der Berufung und Sicherheitsleistungen für die Bewilligung einer einstweiligen Verfügung bei diesen Klagen, jedoch nicht für Kautionssummen, die über die geltende Haftungsgrenze dieser Police hinausgehen. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, Kautionen zu zahlen oder zu beschaffen.

Schadenersatz bedeutet kompensatorische Urteile, Regulierungen oder Schiedssprüche, umfasst jedoch nicht Strafe einschließenden oder verschärften Schadenersatz, Geldstrafen, Rückzahlung von Gebühren oder anderes Entgelt, das an den Versicherten gezahlt wurde, oder den Teil eines Schiedsspruchs oder Urteils, der durch die Verdreifachung oder Vervielfachung des eigentlichen Schadenersatzes gemäß einzel- oder bundesstaatlichen Recht veranlasst wurde.

Ereignis bedeutet Handlung oder Unterlassung durch den Versicherten in der Laufzeit des Versicherungsvertrages, die zu Personen- oder Sachschäden führt.

Versicherungsort bedeutet der Wohnort oder der Teil eines anderen Grundstücks; Bauwerke und Grund und Boden, die vom Versicherten genutzt werden, und nicht zum Eigentum der Gastfamilie gehören.

Personenschaden bedeutet Verletzung, Krankheit (doch keine übertragbaren Krankheiten) oder Erkrankung einer Person, einschließlich Tod.

Sachschaden bedeutet physischer Schaden oder Zerstörung von Eigentum, einschließlich sich daraus ergebenden Nutzungsausfall desselben zu irgendeinem Zeitpunkt.

Ausschlüsse der Haftpflichtversicherung

Für die Haftpflichtversicherung gelten folgende Ausschlüsse. Diese Versicherung gilt nicht für einen Anspruch oder eine Klage:

1. zu Personen- oder Sachschäden, die sich aus dem Eigentum, Betrieb oder der Nutzung (1) eines Fahrzeugs; (2) jeder Art von Landfahrzeugen, einschließlich Off-Road-Fahrzeuge, Snow-Mobile, Mopeds, Motorräder; (3) Wasserfahrzeuge, (4) Flugzeuge oder Fluggeräte und (5) motorisierte Ausrüstungen ergeben. Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn der versicherte Passagier sich in einem der oben genannten Fahrzeuge befindet;
2. zu Personen oder Sachschäden, die sich aus der Ausübung von Sportarten mit hohem Risiko ergeben, einschließlich: Jagen, Boxen, Kampfsport, Berg- oder Felsklettern, Höhlenforschung, Flugsport, Heli-Skiing, motorisiertem Rennen oder Geschwindigkeitswettbewerben, Bungee-Jumping, Tauchen mit Atemgeräten (sofern der Versicherte keine Befähigungsbescheinigung besitzt, die im vertraglich vereinbarten Aufenthaltsland von der zuständigen Behörde als gültig anerkannt wurde), Wildwasser-Rafting, Jet-Ski, professionell betriebene Sportarten und Teilnahme an Sportwettbewerben jeglicher Art;
3. basierend oder sich ergebend aus der vom Versicherten übernommenen Haftung im Rahmen eines Vertrages oder einer Vereinbarung einschließlich Zinsstrafen oder -schulden;
4. basierend oder sich ergebend aus der Übertragung einer Krankheit oder übertragbaren Krankheiten durch den Versicherten oder Übertragung oder Infektion oder Untersuchung oder Unterlassung der Untersuchung auf Vorhandensein der Immunschwächekrankheit (AIDS), eines AIDS-Virus oder einer anderen Krankheit, die durch sexuelle Kontakte oder Körperflüssigkeit einer anderen Person übertragen wird;
5. die auf einer tatsächlichen oder versuchten unredlichen, betrügerischen, kriminellen oder absichtlichen, unerlaubten Handlung oder böswilligen Handlung oder Unterlassung oder absichtlichen Falschdarstellung beruht oder sich aus dieser

- ergibt, die auf Anweisung oder mit Wissen eines Versicherten unternommen wird, einschließlich Ruhestörung oder Gewaltakte oder Betreiben von Konfrontation.
6. Diskriminierung anderer durch den Versicherten in Bezug auf Rasse, Glauben, Alter, Geschlecht, Hautfarbe, sexuelle Vorlieben oder nationaler Herkunft;
 7. die sich aus Handlungen eines Versicherten ergibt, bei denen Personen- oder Sachschäden erwartet oder beabsichtigt werden (dieser Ausschluss gilt nicht für Personenschäden, die sich aus der Anwendung von Gewalt zum Schutz von Personen und Eigentum ergeben).
 8. für Sachschäden an:
 - a) Eigentum, das dem Versicherten gehört oder sich in dessen Verwahrung befindet, oder
 - b) Eigentum, das an den Versicherten vermietet, von diesem bewohnt oder an diesen verliehen wurde oder sich insoweit in dessen Obhut befindet, dass der Versicherte vertraglich verpflichtet ist, für dieses Eigentum eine Versicherung abzuschließen;
 - c) Eigentum der Gastfamilie, mit Ausnahme des im Rahmen der von der Hauseigentümersversicherung der Gastfamilie geleisteten Versicherungsschutzes,
 - d) Eigentum, das durch verbotene Eigenmacht erlangt wurde, oder
 - e) gemieteten Möbeln oder Einrichtungsgegenständen oder Einrichtungen von Jugendzentren oder Jugendherbergen aller Art, jedoch ist eine Haftung für Schäden an gemieteten Ferienunterkünften und Hotelzimmern eingeschlossen.
 9. die gegen einen Versicherten erhoben werden, in denen ganz oder teilweise sexuelle Übergriffe, Misshandlung, körperliche Züchtigung, körperliche oder geistige Misshandlung oder Belästigung oder ein ähnliches kriminelles Verhalten behauptet werden, die seitens des Versicherten angedroht, verübt oder angeblich verübt wurden;
 10. zu Personen- oder Sachschäden, die sich ergeben aus Alkoholkonsum, dem Missbrauch von Rauschgiften, Narkotika oder Drogen oder deren Derivaten sowie Beeinträchtigungen aufgrund dieser Mittel, unabhängig davon, ob sie direkt oder indirekt für die entstandenen Schäden verantwortlich sind; aus Missbrauch von Arzneimitteln; Geisteskrankheit, aus mentalen oder emotionalen Störungen oder Reaktionen, einschließlich Stress, Angst, Panikattacken, Depression, Essstörungen oder Gewichtsproblemen;
 11. zu Personen- oder Sachschäden aufgrund von erklärtem oder nicht erklärtem Krieg oder Kriegshandlungen, Rebellion, Revolution, Terrorismus, Entführung von Flugzeugen, Revolten, Aufruhr, bewaffneter Gewalt jeglicher Art, Durchsetzung von Recht und Notdiensten sowie Eingriffen von hoher Hand;
 12. zu Personenschäden beim Versicherten;
 13. die gegen den Versicherten vorgebracht werden, die sich aus den beruflichen Aktivitäten des Versicherten oder anderen körperlichen Arbeiten, die gegen Entgelt oder gewinnerichtet übernommen werden oder sich dadurch ergeben, dass der Versicherte Leistungen für andere Personen als die Gastfamilie erbringt;
 14. zu Verletzungen, die direkt oder indirekt durch nukleare Reaktion, Strahlung, Kontamination, radioaktiv oder anderweitig, verursacht werden, unabhängig davon, wie diese verursacht wurden;
 15. zu Personen- oder Sachschäden zwischen Versicherten und deren begleitenden Angehörigen.

Allgemeine Bestimmungen & Obliegenheiten zu Reise-Haftpflichtleistungen

Diese Bestimmungen gelten zusätzlich zu den oben genannten allgemeinen Bestimmungen für alle Leistungen.

KLAGEN GEGEN DEN VERSICHERER

Gegen den Versicherer ist keine Klage zulässig, es sei denn, es müssen als Voraussetzung dafür alle Bedingungen dieser Police vollständig erfüllt werden, jedoch nicht, bis die Höhe der Summe, die der Versicherte verpflichtet ist zu zahlen, entweder durch Urteil gegen den Versicherten nach einem tatsächlichen Verfahren oder durch schriftliche Vereinbarung des

Versicherten, des Anspruchstellers und des Versicherers endgültig festgestellt wurde.

ÜBERTRAGUNG

Das Anrecht eines Versicherten ist nicht übertragbar. Stirbt ein Versicherter oder wird er als unmündig erklärt, endet diese Versicherung für diese Person, bietet jedoch Deckungsschutz für den gesetzlichen Vertreter des Versicherten als Versicherten für die durch diese Versicherung eingegangene Haftung.

UNTERSTÜTZUNG UND KOOPERATION DES VERSICHERTEN BEI EINEM ANSPRUCH ODER EINER KLAGE

Wird dem Versicherten ein Ereignis bekannt, das die Grundlage für einen Anspruch im Rahmen dieser Versicherung bilden kann, hat der Versicherte dies schriftlich dem Versicherer einschließlich aller verfügbaren Informationen mitzuteilen. Wird gegen den Versicherten ein Anspruch oder eine Klage erhoben, übergibt dieser umgehend alle Forderungen, Mitteilungen, Vorladungen oder andere bei ihm oder seinem Vertreter eingegangenen Verfügungen an den Versicherer.

Der Versicherte kooperiert mit dem Versicherer und unterstützt ihn auf dessen Verlangen bei Entscheidungen bei der Führung von Klagen und bei der Durchsetzung des Mitwirkungsrechts oder Freistellung gegenüber Personen oder Organisationen, die möglicherweise gegenüber dem Versicherten haftbar sind aufgrund von Schadenersatz, für den diese Versicherung gilt. Der Versicherte nimmt an Anhörungen und Verfahren teil und gibt Unterstützung bei der Sicherung und Vorlage von Beweisen und Beibringung von Zeugen. Der Versicherte leistet keine freiwilligen Zahlungen, außer auf seine eigenen Kosten, übernimmt keine Verpflichtungen und macht keine Kosten. Eine absichtliche oder grob fahrlässige Verletzung dieser Verpflichtungen durch den Versicherten kann den Versicherer von seiner Pflicht zur Ersatzleistung freistellen.

WANN WIRD EIN ANSPRUCH ALS ERSTMALS GESTELLT BETRACHTET?

1. Wenn das Schadenbüro erstmals eine schriftliche Mitteilung vom Versicherten erhält, dass ein Anspruch gestellt wurde; oder
2. wenn das Schadenbüro erstmals eine schriftliche Mitteilung vom Versicherten zu den speziellen Umständen erhält, die eine bestimmte Person oder ein bestimmtes Unternehmen betreffen, die zu einem Anspruch führen können. Alle Ansprüche, die sich daraus oder aus dem damit verbundenen Ereignis ergeben, sind so zu betrachten, als wären sie zu einem Zeitpunkt gestellt worden, an dem der erste Anspruch gestellt wurde und unterliegen der gleichen Haftungsgrenze.

HAFTUNGSGRENZE – ANSPRÜCHE

Unabhängig von der Anzahl der Versicherten im Rahmen dieser Police, der Anzahl der Personen oder Organisationen, die einen Schaden erleiden oder der Anzahl der gestellten Ansprüche oder erhobenen Klagen entspricht die Haftung des Versicherers für den gebotenen Versicherungsschutz der Haftung, die im Leistungskatalog festgelegt ist.

Die im Leistungskatalog angegebene Haftungsgrenze, die 'pro Anspruch' gilt, ist die Höchstgrenze für die Haftung durch den Versicherer für den gesamten Schadenersatz aufgrund jedes einzelnen Anspruchs, der dadurch abgedeckt wird. Alle Ansprüche, die sich daraus oder aus dem damit verbundenen Ereignis ergeben, sind als Einzelanspruch für den Zweck dieser Versicherung zu betrachten und unterliegen der gleichen Haftungsgrenze. Die im Leistungskatalog als "Gesamt" angegebene Haftungsgrenze ist vorbehaltlich o. g. Bestimmung bezüglich "pro Anspruch" das Gesamtlimit der Haftung durch den Versicherer gemäß dieser Police für den gesamten Schadenersatz im Ergebnis aller gestellten und an den Versicherer während der Laufzeit des Versicherungsvertrages, einschließlich eines erweiterten Berichtszeitraumes, mitgeteilten Ansprüche. Kosten der Ansprüche sind in der geltenden Haftungsgrenze, die im Leistungskatalog genannt wird, enthalten.

LAUFZEIT DES VERSICHERUNGSVERTRAGES, ÖRTLICHER GELTUNGSBEREICH

Die Versicherung im Rahmen dieser Police gilt für Ansprüche, die während der geltenden Laufzeit des Versicherungsvertrages erstmals gestellt und angezeigt werden, vorausgesetzt, der

Anspruch oder die eventuelle Klage werden innerhalb der Vereinigten Staaten von Amerika, ihren Territorien oder Besitzungen, Puerto Rico, Kanada oder einem Land erhoben, das der Versicherte während einer versicherten Reise/eines versicherten Reiseprogramms bereist.

LAUFZEIT DES VERSICHERUNGSVERTRAGS

Für jeden Versicherten beginnt und endet die Laufzeit des Versicherungsvertrages entsprechend dem in den Allgemeinen Bestimmungen des Versicherungsvertrages genannten Beginn und Ende des Versicherungsschutzes.

ENTSCHÄDIGUNG

Zahlt der Versicherer, obwohl er dazu nicht verpflichtet ist, Schadenersatz oder Schadenskosten:

1. innerhalb der Höhe des geltenden Selbstbehalts, oder
2. über die geltende Haftungsgrenze hinaus, zahlt der Versicherte nach schriftlicher Aufforderung an den Versicherten diese Summen innerhalb von dreißig (30) Tagen zurück. Zahlt er die o. g. Beträge nicht, kann dies zu einer Stornierung des Versicherungsvertrages führen, und der Versicherte hat kein Anrecht auf die Option eines verlängerten Berichtszeitraums.

ABTRETUNG

Leistet der Versicherer im Rahmen des Versicherungsvertrages eine Zahlung und hat die Person, an die oder für die eine Zahlung geleistet wurde, ein Anrecht auf Entschädigung durch einen Anderen, ist der Versicherer an diese Stelle zu setzen. Diese Person hat:

1. alles Notwendige zu unternehmen, damit der Versicherer seine Rechte wahrnehmen kann, und
2. nichts nach dem Schaden zu unternehmen, was diese Rechte beeinträchtigt.

Leistet der Versicherer im Rahmen des Versicherungsvertrages eine Zahlung, und erhält die Person, an die oder für die eine Zahlung geleistet wurde, Schadenersatz von einem Anderen:

1. verwaltet diese Person für den Versicherer die Erlöse der Entschädigung und
2. erstattet dem Versicherer einen Betrag in Höhe der Zahlung durch den Versicherer.



ACE European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt am Main, Germany

SCHADENBÜRO NORD- UND SÜDAMERIKA

CareMed Claims
CISI Claim Department
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA
Tel.: +1-203-399-51 30
Tel.: +1-866 – 404 – 20 62 (gebührenfrei)
Fax: +1-203-399-55 96
E-Mail: Claimhelp@culturalinsurance.com

SCHADENBÜRO EUROPA, AFRIKA, ASIEN, OZEANIEN

CareMed Claims
ACE European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt, Deutschland
Tel.: +49 (0)69-756 13 6722
Fax: +49 (0)69-756 13 4350
E-Mail: claims.service@acegroup.com

CAREMED ASSIST 24-STUNDEN-NOTRUFNUMMER & E-MAIL

Nord- und Südamerika
+1-855-657 3434
E-Mail: caredmed-assist@axa-assistance.us

Alle anderen Länder
+49 (0)89 500 70-175
E-Mail: caredmed-assist@axa-assistance.de

Weitere Informationen: www.caredmed-assistance.com

CAREMED INTERNATIONALES VERTRIEBSBÜRO

CareMed GmbH
Budapester Str. 4
53111 Bonn, Germany
Tel: +49 (0)228-55 54 90 0
Fax: +49 (0)228-55 54 90 75
E-Mail: germany@caremed-travel.com

CAREMED BÜRO

CareMed USA
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA

Medizinisches Schadenformular

Ihre persönlichen Daten:	
Nachname	Vorname
Geburtstag (TT/MM/JJ)	
Adresse im Heimatland:	Adresse im Zielland:
Rückkehr ins Heimatland am (TT/MM/JJ):	c/o
Straße	Straße
PLZ, Stadt	PLZ, Stadt
Bundesstaat/Provinz	Bundesstaat/Provinz
Land	Land
Telefonnummer	Telefonnummer
E-Mail Adresse	E-Mail Adresse
Ihre medizinische Behandlung	
Art der Krankheit oder des Unfalls	
Im Falle einer Krankheit, ist diese zuvor bereits einmal aufgetreten? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann?	
Im Falle eines Unfalls: eigenes Verschulden <input type="checkbox"/> Verschulden einer anderen Partei <input type="checkbox"/>	
Kostenerstattung (Bankgebühren gehen zu Lasten des Versicherten)	
Haben Sie die Arztrechnung bereits bezahlt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn nicht , wird die Rechnung direkt an den Leistungserbringer erstattet	
Name des behandelnden Arztes/Krankenhauses	
Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses	
Wenn ja , erfolgt eine Erstattung per Überweisung auf das unten angegebene Konto. Bei Schadenfällen in Nord- oder Südamerika kann eine Erstattung auch per Scheck erfolgen, bitte kreuzen Sie an <input type="checkbox"/>	
Name der Bank	
Adresse & Land der Bank	
Name des Kontoinhabers	
Kontonummer	BLZ
SWIFT/BIC (bitte unbedingt angeben)	
IBAN (bitte unbedingt angeben)	
Unterlagen zum Schadenfall	
<p>Senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular zusammen mit den Rechnungen an das entsprechende Schadenbüro (siehe unten).</p> <p>UNVOLLSTÄNDIGE ODER FALSCH INFORMATIONEN FÜHREN ZU VERZÖGERUNGEN BEI DER SCHADENBEARBEITUNG.</p> <p>Reiseziel: Nord- und Südamerika</p> <p>CareMed Claims CISI Claims Department 1 High Ridge Park Stamford, CT 06905 USA</p> <p>claimhelp@culturalinsurance.com</p>	<p>Hiermit bevollmächtige ich jedes Krankenhaus, jeden Arzt oder jede andere Person, die mich untersucht hat, inklusive derer in meinem Heimatland, die Assistance Zentrale oder ihre Stellvertreter mit jeder Information bezüglich Krankheiten oder Verletzungen, Krankengeschichte, Beratungen, Verschreibungen oder Behandlungen und Kopien jedes Krankenhaus- oder medizinischen Berichts zu versorgen. Eine Kopie dieser Vollmacht ist ebenfalls gültig.</p> <p>Datum</p> <p>Unterschrift des Versicherten</p>
<p>Alle anderen Länder außer Nord- und Südamerika</p> <p>CareMed Claims ACE European Group Limited Direktion für Deutschland Lurgiallee 12 60439 Frankfurt, Germany</p> <p>claims.service@acegroup.com</p>	

CareMed GOLD Leistungen für den Versicherungszeitraum – ZUSATZOPTION EITL3	
Notfallreiseversicherung (E) Nur als Zusatzmodul zu einer bestehenden Krankenversicherung	
Notärztliche Zahnbehandlung - Schmerzbehandlung	€/US\$ 500
Zahnbehandlung nach Unfällen	€/US\$ 1.500
Medizinischer Rücktransport	€/US\$ 100.000
Rückführung im Todesfall	€/US\$ 25.000
Die oben genannten medizinischen Leistungen unterliegen den Bedingungen und Ausschlüssen des Versicherungsvertrages.	
Reiseunfallentschädigungs-versicherung (I)	
Todesfall	€/US\$ 13.000
* Vollinvalidität	€/US\$ 50.000
Such- u. Bergungskosten	€/US\$ 5.000
* Deckt den Ausgleich für Invalidität und Verlust des Lebens oder Körperteils. Medizinische Kosten, die aus Unfällen resultieren, sind durch die Krankenversicherung gedeckt und unterliegen den jeweiligen Höchstgrenzen.	
Reise Assistance (T)	
Familienzusammenführung	€/US\$ 2.500
Reiseunterbrechung (verfügbar nur für Langzeit-Reisende - 3 Monate +)	€/US\$ 2.000
Reisegepäckversicherung (L)	
Selbstbehalt pro Fall (gilt nicht für aufgegebenes Gepäck)	€/US\$ 50
Diebstahl/Schaden an persönlichem Eigentum	€/US\$ 1.500
Uhren u. Wertgegenstände - 50% der versicherten Summe	€/US\$ 750
Verspätung von aufgegebenem Gepäck	€/US\$ 500
Brillen und Kontaktlinsen	€/US\$ 250
Verlust von Flugtickets	€/US\$ 100
Reisehaftpflichtversicherung (3)	
Personenschäden	€/US\$ 1.000.000
Sachschäden	€/US\$ 150.000 Gesamt f. Personen- u. Sachschäden max. €/US\$ 1.000.000
Die Gesamtgrenze für die Deckung der persönlichen Haftung pro Versichertem entspricht der o.g. Grenze. In USA & Kanada sind die Leistungsgrenzen in US\$, in allen anderen Ländern in €.	