

# ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN: 01-EMI\_2-2024

## Langzeitversicherung /Basic Accident & Health Emergency Cover

**Diese deutsche Version wurde frei übersetzt und dient dem Verständnis.  
Rechtlich bindend ist immer die originale englische Fassung**

### Artikel 1. EINLEITENDE BESTIMMUNGEN

#### (A ) Einleitung

Die Allgemeinen Bedingungen für die Notfall-Krankenversicherung für Langzeitaufenthalte mit Assistenz im Ausland (im Folgenden: die Bedingungen) sind Bestandteil des Versicherungsvertrags der zwischen dem Versicherungsnehmer und der Versicherungsgesellschaft abgeschlossen wird. Diese Police, die Erklärungen die im Rahmen des Antragsverfahrens abgegeben wurden, der Versicherungsschein und etwaige Zusatzvereinbarungen legen die Bedingungen dieses Vertrags zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer. Der Versicherer oder der Vertreter des Versicherers kann den Abschluss eines Versicherungsvertrags ohne Angabe von Gründen ablehnen.

**(B ) WICHTIG:** Bitte lesen Sie alle Dokumente, um sicherzustellen, dass der gewünschte Versicherungsschutz gegeben ist; diese Police ist nicht als Ersatz für eine private Krankenversicherung gedacht.

#### Gesundheitszustand und Verpflichtungen

Diese Versicherung ist in erster Linie für die Deckung schwerer akuter Erkrankungen gedacht. Wenn Sie die EMI Krankenversicherung beantragen müssen Sie angeben welche chronischen Erkrankungen bei Ihnen diagnostiziert worden sind, um möglicherweise Anspruch auf die Leistung für medizinische Kosten zu haben für eine dringende medizinische Versorgung oder Behandlung bei einer unerwarteten akuten schweren, lebensbedrohlichen Verschlimmerung eines chronischen Leidens.

Wenn Ihr Gesundheitszustand oder eine chronische Krankheit nicht stabil ist, müssen Sie vor einer Reise Ihren behandelnden Arzt aufsuchen, um eine angemessene Stabilisierung zu erreichen.

#### (C ) Definitionen

Die folgenden in dieser Richtlinie enthaltenen Begriffe bedeuten:

**Im Ausland:** Das Gebiet, in dem die Versicherungsgesellschaft dem Versicherten gemäß dem Versicherungsvertrag Versicherungsschutz bietet.

Als Ausland gilt nicht das Heimatland, in dem der Versicherte einen ständigen Wohnsitz hat oder hatte.

**Unfall oder Unglücksfall:** Ein plötzliches, unerwartetes, unvorhergesehenes und identifizierbares Ereignis, das von außen auf den Körper einwirkt und sich während des Versicherungszeitraums ereignet. (Für die Zwecke dieser Police fallen Infektionen nicht unter diesen Begriff).

**Terroristischer Akt/Terroranschlag:** Ein terroristischer Akt ist jede Gewalttat oder ein Akt oder eine Handlung, die das Leben von Menschen, bewegliches oder unbewegliches Eigentum oder die Infrastruktur gefährdet, und zwar mit Gewalt oder Bedrohung, die mit politischen, religiösen, ideologischen oder ähnlichen Absichten ausgeführt wird und die darauf abzielt, die Regierung eines Landes zu beeinträchtigen, und die dazu bestimmt ist Furcht zu erregen oder die Öffentlichkeit oder Teile davon in Angst zu versetzen. Eine terroristische Handlung ist eine Handlung, die unabhängig oder in Verbindung mit einer Organisation oder Behörde durchgeführt wird.

**Beistand:** Hilfe im Falle einer schweren Krankheit oder eines schweren Körperschadens während eines Auslandsaufenthalts.

**Assistance-Gesellschaft:** Assistance CORIS, d.o.o., Ul. bratov Babnik 10, 1000 Ljubljana, Slowenien (EU), der auch ein Vertreter der Versicherungsgesellschaft ist.

**Begünstigter:** Die Person, die Anspruch auf die Leistung hat, d. h. auf die Zahlung oder Erstattung von Kosten wenn ein Versicherungsfall eintritt.

**Leistung:** Ein Betrag, der von der Versicherungsgesellschaft gemäß den Bestimmungen des Versicherungsvertrags an die versicherte Person gezahlt wird.

**Knochenbruch:** Ein Bruch in der gesamten Dicke eines Knochens, der durch eine Röntgenaufnahme innerhalb von maximal 5 Tagen nach der Verletzung festgestellt wird. Haarrisse, Ermüdungsbrüche oder Belastungsbrüche sind nicht Teil dieser Deckung.

**Krebs:** Erstdiagnose eines bösartigen Tumors, der mit histologischer Bestätigung positiv diagnostiziert wird und gekennzeichnet durch das unkontrollierte Wachstum bösartiger Zellen und die Invasion von Gewebe.

Der Begriff bösartiger Tumor umfasst Leukämie, Sarkom und Lymphom mit Ausnahme des kutanen Lymphom (auf die Haut beschränktes Lymphom).

Im Sinne der obigen Definition sind die folgenden Krankheiten nicht abgedeckt:

\* Alle Krebsarten, die histologisch als eine der folgenden Erkrankungen eingestuft werden:

- prä-maligne;
- nicht-invasiv;
- Krebs in situ (am Ort, nicht invasiv);
- mit grenzwertiger Bösartigkeit; oder
- mit geringem bösartigem Potenzial;

\* Alle Tumore der Prostata, sofern sie nicht histologisch mit einem Gleason-Score von 7 oder höher klassifiziert sind oder mindestens bis zur TNM-Klassifikation T2bN0M0 fortgeschritten sind.

\* Chronische lymphatische Leukämie, es sei denn, sie ist histologisch mindestens in ein Binet-Stadium fortgeschritten. Stadium A.

\* Jeder Hautkrebs (einschließlich kutaner Lymphome) mit Ausnahme des malignen Melanoms, der histologisch als über die Epidermis (äußere Hautschicht) hinausgehend eingestuft wurde.

\* Alle Schilddrüsentumore, es sei denn, sie wurden histologisch mindestens in die TNM Klassifikation T2N0M0

**Chronischer Zustand:** jeder medizinische Zustand, jede Krankheit oder Verletzung, die eines oder mehrere der folgenden Merkmale aufweist:

- erfordern eine ständige oder langfristige Überwachung durch Konsultationen, Untersuchungen, Kontrolluntersuchungen und/oder Tests
- erfordern eine ständige oder langfristige Kontrolle oder Linderung der Symptome
- erfordern Ihre Rehabilitation oder eine spezielle Ausbildung, um mit ihr fertig zu werden
- dauert auf unbestimmte Zeit an
- es gibt keine bekannte Heilung
- sie zurückkommt oder wahrscheinlich zurückkommen wird.

**Familienmitglied:** Ehepartner, Lebenspartner (nichteheliche Lebensgemeinschaften müssen mindestens 3 Monate vor Abschluss des Versicherungsvertrags offiziell am gemeinsamen Wohnsitz eingetragen sein), Eltern, Bruder, Schwester, Sohn, Tochter, Adoptiv- oder Pflegekinder des Versicherten.

**Heimatort/Heimatland oder Land des Wohnsitzes:** Das Land, in dem der Versicherte seinen ständigen offiziellen Wohnsitz hat.

**Krankenhaus:** Jede Einrichtung, die als medizinische oder chirurgische Einrichtung registriert oder zugelassen ist und die über angemessene technische und personelle Mittel für die medizinische Versorgung und Behandlung von Verletzten und Kranken Menschen unter ständiger Aufsicht von Ärzten rund um die Uhr.

**Stationär:** Ein Krankenhauspatient, der im Rahmen einer Behandlung, Untersuchung oder Beobachtung mindestens eine Nacht lang ein Bett belegt

**Versicherungsgesellschaft/Versicherer:** Helvetia Global Solutions AG, Äulestrasse 60, 9490 Vaduz, Fürstentum Liechtenstein (Gesellschaftsnummer: FL-0002.191.766-9)

**Versicherungsvertrag:** Der Vertrag, der aus der Police und diesen Bedingungen besteht, den vom Antragsteller abgegebenen Erklärungen und dem Versicherungsschein und wird zwischen dem Versicherungsnehmer und der Versicherungsgesellschaft abgeschlossen wird.

**Versichertes Ereignis:** Ein plötzliches, unerwartetes und unvorhersehbares Ereignis, das durch diese Versicherung gedeckt ist und das während der Laufzeit der Versicherung eintritt.

**Versicherte Person:** Jede Person, deren Risiken durch diese Bedingungen gedeckt sind und die als solche im Versicherungsschein aufgeführt ist.

**Mediziner:** Ein Arzt oder medizinischer Spezialist, der rechtlich qualifiziert, zugelassen und registriert ist nach den Gesetzen des Landes, in dem er als Arzt praktiziert, mit Ausnahme des Versicherten, ein unmittelbares Familienmitglied oder ein Angestellter der versicherten Person.

**Medizinisch notwendig:** angemessene und notwendige Gesundheitsdienstleistungen oder -lieferungen, auf der Grundlage evidenzbasierter klinischer Standards und/oder auf der Grundlage evidenzbasierter klinischer Pflegestandards für die Diagnose oder Behandlung einer schweren Körperverletzung oder einer schweren Krankheit.

**Ambulant:** Ein Patient, der in einem Krankenhaus oder einer Klinik versorgt oder behandelt wird und das Krankenhaus oder die Klinik verlässt, ohne stationär zu werden.

**Versicherungsdauer:** Der Zeitraum zwischen dem Datum des Versicherungsbeginns, das um 0.01 Uhr und dem im Versicherungsschein angegebenen Ablaufdatum, das um Mitternacht endet.

**Police:** Ein Dokument, das den Abschluss der Versicherung belegt von der Versicherungsgesellschaft an die versicherte Person, die ins Ausland reist.

**Versicherungsnehmer:** Die Person, die den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.

**Vorerkrankung:** Eine Krankheit oder eine Reihe von Anzeichen oder Symptomen, die vor Beginn des Versicherungsvertrags oder vor der Abreise ins Ausland begonnen hat.

**Prämie:** Ein Betrag, den der Versicherungsnehmer im Rahmen des Versicherungsvertrags an die Versicherungsgesellschaft zahlt.

**Versicherungsschein:** Ein Dokument, das die besonderen Bedingungen und Spezifikationen enthält, die von der Versicherungsgesellschaft für Ihren Versicherungsvertrag gelten.

**Schwere Körperverletzung:** Das Auftreten eines schweren Körperschadens während der Versicherungsdauer die ausschließlich durch einen Unfall und unabhängig von einer anderen Ursache verursacht wurde und die sich durch folgende Symptome äußert: akute Symptome von ausreichender klinischer Bedeutung (einschließlich Schmerzen), so dass ohne sofortige medizinische ärztliche Hilfe vernünftigerweise erwartet werden kann, dass sie dazu führt: 1. die Gesundheit des Patienten ernsthaft zu gefährden 2. eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder 3. eine schwerwiegende Funktionsstörung eines Körperorgans oder Körperteil

**Schwere Krankheit:** Das plötzliche und unerwartete Auftreten eines schweren akuten Krankheitszustands während des Versicherungszeitraums, der sich durch akute Symptome von ausreichender klinischer Bedeutung (einschließlich Schmerzen) äußert, so dass bei Ausbleiben einer sofortigen ärztlichen Behandlung

zur Folge hätte: 1. eine ernsthaften Gefährdung der Gesundheit des Patienten, 2. eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder 3. eine schwere Funktionsstörung eines Organs oder Körperteils

**Schwerer Gesundheitszustand eines Familienmitglieds:** Das Auftreten einer schweren Körperverletzung oder einer schweren Krankheit während des Versicherungszeitraums, die eine medizinische oder chirurgische Behandlung erfordert und das Familienmitglied für mindestens 72 Stunden in ein Krankenhaus eingewiesen werden muss. Dies gilt ausdrücklich nicht für bereits bestehende Erkrankungen

Vollständige und dauerhafte Invalidität bezieht sich auf eine Invalidität, die:

1. durch eine schwere Körperverletzung infolge eines Unfalls verursacht wird und
2. aufgrund dieser schweren Körperverletzung unmittelbar und unabhängig von anderen Ursachen eintritt und
3. innerhalb von 183 Tagen nach Eintritt des Unfalls, der die Invalidität ausgelöst hat, eintritt, aber vor Ablauf des Versicherungsschutzes, und
4. die versicherte Person vollständig, dauernd und dauerhaft an der Ausübung von einer Arbeit, eine Beschäftigung oder einen Beruf auszuüben, um einen Lohn, eine Entschädigung oder einen Gewinn zu erzielen oder zu erhalten, Dieser Zustand muss mindestens 365 Tage ab dem Tag des Unfalls andauern.

Der Verlust des Gebrauchs beider Arme oder beider Beine oder eines Arms und eines Beins oder beider Augen gilt als vollständige und dauerhafte Invalidität, unbeschadet anderer Ursachen für vollständige und dauerhafte Invalidität.

**Dringende medizinische Versorgung oder Behandlung:** Dringende medizinische Versorgung oder Behandlung, die medizinisch notwendig ist, bei einer schweren Körperverletzung oder schweren Krankheit

**Wartezeit:** Der Zeitraum, in dem Sie nach Beginn Ihres Versicherungsschutzes keine Ansprüche geltend machen können.

## Artikel 2. VERSICHERTE PERSONEN

In der Einzelversicherung ist der Versicherte die in der Police genannte Person.

In der Familienversicherung sind die Versicherten die in der Police genannten Personen, die in einem gemeinsamen Haushalt leben und durch ein familiäres Verhältnis miteinander verbunden sind: ein Ehegatte oder Partner aus einer anderen gesetzlich rechtlich anerkannten Lebensgemeinschaft, deren Kinder, Stiefkinder oder Adoptivkinder bis zu einem Alter von 26 Jahren.

Eine nicht geschäftsfähige oder geistesranke Person kann nicht Versicherungsnehmer sein.

## Artikel 3. VERSICHERUNGSDAUER

Die Versicherungsdauer beträgt je nach Wahl bei Antragstellung 6 oder 12 Monate und ist im Versicherungsschein angegeben.

## Artikel 4. ORT DES VERSICHERUNGSANTRAGS

Der Versicherungsschutz gilt nur im Ausland, d. h. außerhalb des Hoheitsgebiets des Landes, in dem der Versicherte einen eingetragenen ständigen Wohnsitz hat (Heimatland).

## Artikel 5. GÜLTIGKEIT DER VERSICHERUNG

Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, wenn beide Vertragsparteien die Versicherungspolice unterzeichnet haben.

Wenn vereinbart wurde, dass die Prämie zu zahlen ist:

- 1.nach Abschluss des Vertrages, sofern die Prämie gezahlt wurde, beginnt die Verpflichtung der Versicherungsgesellschaft zur Erbringung der im Vertrag genannten Leistung an dem Tag, der im Vertrag als Versicherungsbeginn angegeben ist.
- 2.Bei Vertragsabschluss und nicht erfolgter Prämienzahlung beginnt die Leistungspflicht der Versicherungsgesellschaft um 00:00 Uhr des nächsten Tages, an dem die Prämie gezahlt wird.

Im Falle eines Fernabschlusses des Versicherungsvertrages kommt der Vertrag zustande, wenn die Zahlung der Prämie durch den Versicherungsnehmer mit der Prämienzahlungsquittung nachgewiesen wird. Die Versicherungsbedingungen müssen gelesen, verstanden und akzeptiert werden. Die Unterzeichnung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer ist nicht erforderlich.

Die Versicherung wird normalerweise abgeschlossen, bevor der Versicherte sich im Ausland befindet. Befindet sich der Versicherte bei Abschluss des Versicherungsvertrages bereits im Ausland, tritt der Versicherungsschutz nach diesen Bedingungen erst nach einer Wartezeit von 8 vollen Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages in Kraft.

Für die Deckung der dringenden medizinischen Versorgung oder der Behandlung von akuten Verschlechterungen chronischer Erkrankungen, werden nur die bei der Antragstellung angegebenen Erkrankungen bis zu dem in der Leistungstabelle und im Versicherungsschein angegebenen Höchstbetrag übernommen.

## Artikel 6. UMFANG DER DECKUNG

### (A) Dienstleistungen des Assistance-Callcenters

- die Erreichbarkeit des Assistance-Callcenters rund um die Uhr, das ganze Jahr über,
  - die Vermittlung von medizinischer Notfallversorgung,
  - die Organisation eines dringenden medizinischen Transports für den Versicherten,
  - Unterrichtung des Versicherten und seiner Familienangehörigen,
- die Telefonkosten für den Anruf beim Callcenter der Assistance-Gesellschaft.

### (B) Beschreibung der Deckung

Die folgenden Ereignisse sind gemäß den Bedingungen der vorliegenden Police gedeckt, wenn sie während des Versicherungszeitraums eintreten:

**I. Medizinische Kosten von Versicherten**, die eine der folgenden Leistungen benötigen, bis zu der abgesicherten Summe im Versicherungsschein für:

- 1) **Dringende medizinische Versorgung oder Behandlung in einer Unfall- und Notaufnahme** (A&E) eines Krankenhauses und/oder stationären Einrichtungen eines Krankenhauses, die medizinisch notwendig sind für die Diagnose und Behandlung einer schweren Körperverletzung oder einer akuten schweren Erkrankung, die erstmals während der Versicherungsdauer eintritt.
- 2) **Ambulanter Arztbesuch**: angemessene und übliche Honorare für ambulante ärztliche Besuche. Dies gilt ausdrücklich nicht für diagnostische Tests.
- 3) Dringende medizinische Versorgung oder Behandlung in einer Unfall- und Notaufnahme (A&E) eines Krankenhauses und/oder Krankeneinrichtungen, die medizinisch notwendig sind für die Diagnose und Behandlung einer unerwarteten, akuten, schwerwiegenden, lebensbedrohlichen Verschlechterung einer zuvor als stabil deklarierten chronischen Erkrankung, die einen stationären Krankenhausaufenthalt erforderlich macht, und zwar bis zu einem bestimmten Höchstbetrag.
- 4) **Dringende medizinische Versorgung oder Behandlung in einer Unfall- und Notaufnahme** (A&E) eines Krankenhauses und/oder Krankeneinrichtungen, die medizinisch notwendig sind für die Diagnose und Behandlung von psychischen Störungen, die eine sofortige psychiatrische Behandlung und einen stationären Krankenhausaufenthalt erfordern, bis zu dem angegebenen Höchstbetrag.
- 5) **Mutterschaft**: Fehlgeburt und medizinische Kosten für die Rettung des Lebens von Mutter oder Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche.
- 6) **Zahnärztliche Notfallbehandlung**: Kosten für eine dringende zahnärztliche Behandlung, die notwendig ist bei akuten Schmerzen aufgrund von Krankheit oder frischen Zahnverletzungen, einschließlich Zahnextraktion,
- 7) **Medizinische Notfall-/Dringlichkeitsbehandlung in der Unfall- und Notaufnahme** (A&E) eines Krankenhauses und/oder stationären Einrichtungen eines Krankenhauses zur Diagnose und Behandlung einer schweren Körperverletzung oder einer akuten schweren Erkrankung für Kinder unter 1 Jahr für Mitglieder der Plan Insurance + Absicherung. Ansprüche im Zusammenhang mit angeborenen Erkrankungen sind nicht eingeschlossen.

**II. Pauschalentschädigung für Versicherte**, die folgende Leiden haben, (in der entsprechenden Klausel definiert) im Versicherungsschein und unten angegebenen Höchstbeträgen in der Leistungstabelle:

- 8) Knochenbrüche, die durch radiologische Untersuchungen (Röntgenaufnahmen) nachgewiesen und von einem Facharzt schriftlich bestätigt wurden, zahlt die Versicherungsgesellschaft einen Pauschalbetrag gemäß den Angaben in der Leistungstabelle.
- 9) Krebs nach Ablauf von 3 Monaten nach Versicherungsbeginn.
- 10) Unfallbedingte dauerhafte Vollinvalidität (TPD): Wenn alle in der Definition genannten Kriterien erfüllt sind, wird der Versicherungsschutz in Betracht gezogen, wenn ein fachärztliches Gutachten und eine Dokumentation des Heimatortes die vollständige und dauerhafte Invalidität ohne Aussicht auf Heilung, datiert mindestens 12 Monate nach dem Unfall.
- 11) Unfalltod: Stirbt der Versicherte während seines Auslandsaufenthalts durch einen Unfall, zahlt die Versicherungsgesellschaft die Leistung an die Erben des Versicherten aus.

Der Versicherungsschutz für den Unfalltod des Versicherten gilt nicht, wenn der Versicherte bei Eintritt des Versicherungsfalls weniger als 14 Jahre alt ist.

**III. Transport und Rücktransport von Versicherten**, die eine der folgenden Leistungen benötigen, bis zu den in der Leistungstabelle, im Tarif und unten angegebenen Höchstbeträgen für:

- 12) Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus: Die Kosten für den dringenden Transport des Versicherten in das nächstgelegene Krankenhaus im Ausland sind gedeckt.
- 13) Transport ins Heimatland: Die Kosten für den Transport des kranken oder verletzten Versicherten in sein/ihr Heimatland, sofern der Gesundheitszustand des Versicherten dies zulässt, werden nach vorheriger Zustimmung der Assistance-Gesellschaft übernommen, wenn der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist auf die ursprünglich geplante Weise in sein Heimatland zurückzukehren.
- 14) Rückkehr bei schwerem Gesundheitszustand oder Tod eines Familienmitglieds: Die Kosten für die Rückkehr in das Heimatland im Falle einer schweren Erkrankung oder des Todes eines Familienmitglieds. Die Kosten für die Änderung des Linienfluges oder einen regulären Rückflug (Economy-Klasse) sind gedeckt, sofern eine Umbuchung nicht möglich ist.
- 15) Überführung der sterblichen Überreste: Die Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste des Versicherten in sein/ihr Heimatland sind gedeckt.

#### IV. Sonstige Deckung

16) Terrorismus-Deckung: Wenn der Versicherte während seines Auslandsaufenthalts durch einen Terroranschlag verletzt wird zahlt die Versicherungsgesellschaft die Kosten für die dringend erforderliche medizinische Versorgung oder Behandlung bis zu der in der Versicherungstabelle angegebenen Versicherungssumme. Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Versicherte in ein bestimmtes Land oder in ein Gebiet reist, in dem vor Antritt der Reise eine offizielle Regierungsstelle vor Reiseantritt von einer Reise abgeraten hat. Kein Versicherungsschutz besteht unter diesem Abschnitt in den folgenden Ländern: Afghanistan, DR Kongo, Irak, Iran, Israel (Westbank und Gaza), Libyen, Nigeria, Somalia, Sudan, Syrien und Jemen.

#### (C). Leistungstabelle und Grenzwerte (Bitte beachten Sie die Definitionen und Angaben zu den einzelnen Konzepten)

Die nachstehenden Höchstbeträge stellen den maximalen Gesamtbetrag dar, der von der Versicherung pro Konzept und Police gezahlt wird:

Einzelheiten des Versicherungsschutzes	Grundversicherung		Versicherung +
	PLAN X	PLAN Y	
<b>I)</b>	<b>MEDIZINISCHE KOSTEN</b>		
1) Krankenhauskosten und stationäre medizinische Notfallversorgung Versorgung und Behandlung	25.000 €	50.000 €	100.000 €
2) Ambulanter Arztbesuch - jährlich	200 €	500 €	1.000 €
Ambulanter Arztbesuch - 180 Tage	100€	250 €	500 €
3) Schwerwiegende akute Verschlechterung eines chronischen Zustands	1.000 €	2.000 €	3.000 €
4) Geistige Gesundheit	500 €	1.000 €	1.500 €
5) Schwangerschaft	Nicht gedeckt	1.000 €	2.000 €
6) Zahnärztliche Notfallversorgung	100 €	200 €	300 €
7) Krankenversicherung für Kinder unter 1 Jahr	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt	10.000 €
<b>II)</b>	<b>PAUSCHALE ENTSCHÄDIGUNGEN</b>		
8) Knochenbrüche (*)	Nicht gedeckt	100 / 500 €	100 / 500 €
9) Krebs	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt	3.000 €
10) Unfallbedingte vollständige dauerhafte Invalidität	Nicht gedeckt	10.000 €	50.000 €
11) Unfallbedingter Tod	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt	20.000 €
<b>III)</b>	<b>TRANSPORT-RÜCKFÜHRUNG</b>		
12) Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus	25.000 €	50.000 €	100.000 €
13) Transport ins Heimatland	10.000 €	20.000 €	30.000 €
14) Rückführung im Falle des Todes eines Familienmitglieds	Nicht gedeckt	1 Ticket	1 Ticket
15) Rückführung der sterblichen Überreste	25.000 €	50.000 €	100.000 €
<b>IV)</b>	<b>SONSTIGE DECKUNG</b>		
16) Versicherungsschutz bei Terrorismus	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt	Mit abgedeckt

(\*) Die Entschädigungssumme für Knochenbrüche beträgt 100 € für Finger-, Zehen- und Nasenknochen und 500 € für alle anderen Knochenbrüche, pro Person, pro Police.

#### Artikel 7. ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

(A) Die Verpflichtungen der Versicherungsgesellschaft sind vollständig ausgeschlossen, wenn ein Ereignis eingetreten ist infolge von:

- 1) Verschlimmerung von vorbestehenden Krankheiten, chronischen oder wiederkehrenden Krankheiten, für die der Versicherte bereits vor Beginn dieser Police behandelt wurde, oder die vor Versicherungsbeginn oder vor der Abreise ins Ausland aufgetreten sind und nicht vollständig stabil waren und behandelt wurden, mit Ausnahme von akuten schweren, lebensbedrohlichen Verschlechterung eines zuvor erklärten chronischen Zustands, der eine dringende medizinische Versorgung oder Behandlung in einem Krankenhaus erfordert.
- 2) der aktive Dienst des Versicherten in den Streitkräften;
- 3) der aktive Einsatz des Versicherten in einem (erklärten oder nicht erklärten) Krieg, einer Invasion, einem Akt der Feindseligkeit, Bürgerkrieg, Rebellion, Aufruhr, Revolution, öffentliche Versammlung, Kundgebung oder Aufstand;
- 4) Selbstmord oder Selbstmordversuch des Versicherten;
- 5) Ereignisse, die in irgendeinem Zusammenhang mit bewusst selbst zugefügten Verletzungen oder Krankheiten des Versicherten stehen Krankheit, rücksichtslosem Verhalten, Missbrauch von Alkohol oder Drogen oder anderen verbotenen Substanzen oder mit der Selbstaussetzung eines unnötigen Risikos (außer im Falle des Versuchs, ein Menschenleben zu retten);
- 6) der Versicherte, der ein Kraftfahrzeug führt, ohne über die entsprechenden behördlichen Genehmigungen zu verfügen, und der nicht alle Sicherheitsvorschriften wie Geschwindigkeitsbegrenzungen, das Anlegen des Sicherheitsgurtes oder das Tragen eines Helms beachtet
- 7) wenn der Versicherte vorsätzlich eine Straftat begeht;
- 8) Ereignisse im Zusammenhang mit der Beteiligung am Einsatz, der Freisetzung oder der Androhung des Einsatzes von Atomwaffen, Geräten, chemischen oder biologischen Substanzen, sowie Ansprüche auf Kosten,

die in irgendeiner Weise durch terroristische Handlungen entstanden sind oder dazu beigetragen haben (mit Ausnahme der in Artikel 6, Punkt (B) vorgesehenen Fälle). IV. 16) dieser Allgemeinen Bedingungen), Krieg, Aufruhr oder Unruhen;  
9) radioaktive Strahlung, Epidemie, Pandemie.

(B) Die Versicherung bietet auch keine Unterstützung oder deckt die Kosten für Ereignisse, die aufgrund von:

1) Training oder Teilnahme an:

"Kraftfahrzeugwettbewerben sowie beim Fahren auf Rennstrecken und den entsprechenden Trainings und Freizeitaktivitäten;

"Sportfliegen, Fallschirmspringen, Drachenfliegen und Segelfliegen;

"Bergsteigen;

"Höhlenforschung (Höhlenforschung);

2) und/oder die Teilnahme an Freizeitaktivitäten:

"Bergsteigen und Trekking über 3.000 Meter über dem Meeresspiegel, es sei denn

es sei denn, dies ist in der Versicherungspolice ausdrücklich vereinbart;

"Tauchen und Unterwasserfischen, sofern nicht ausdrücklich in der Versicherungspolice vereinbart

"Kiten (Kitesurfen, Kiteboarding), sofern nicht ausdrücklich in der Versicherungspolice vereinbart

"Skifahren und Snowboarden außerhalb von Skizentren oder Heliskiing, es sei denn, dies ist in der Versicherungspolice ausdrücklich vereinbart;

"Freeclimbing, es sei denn, dies ist in der Versicherungspolice ausdrücklich vereinbart;

"Downhill-Radfahren, es sei denn, dies ist in der Versicherungspolice ausdrücklich vereinbart;

" andere sportliche Wettkämpfe, es sei denn, dies ist in der Versicherungspolice ausdrücklich vereinbart.

3) die Teilnahme an einer Extremsportart oder einer Tätigkeit in direktem Zusammenhang mit einer besonders gefährlichen Tätigkeit, wenn sie ein Risiko darstellt, das ein gewöhnliches Risiko im Ausland übersteigt;

4)Expeditionen in noch unerreichte oder unerforschte Gebiete;

5)Telefonkosten, ausgenommen Notrufe an die Assistance-Gesellschaft;

6) Schäden oder Ereignisse, die in diesen Allgemeinen Geschäftsbedingungen nicht als versichert aufgeführt sind

7) Körperverletzung, schwere Erkrankung, Krankheit, Tod, Verlust, Kosten oder andere Notwendigkeiten

im Zusammenhang mit dem HIV-Virus (Human Immunodeficiency Virus) oder AIDS (Acquired

Immundefizienzsyndrom) oder einem anderen ähnlichen Syndrom, unabhängig von dessen

Namen, es sei denn, der Versicherte infiziert sich während einer medizinischen Untersuchung, eines Tests oder einer Behandlung (jedoch nur, wenn dies nicht mit Drogenmissbrauch oder sexuell

übertragbaren Krankheiten in Verbindung steht);

(C) In folgenden Fällen übernimmt die Versicherungsgesellschaft keine Kosten:

1) wenn der Versicherte andere Anweisungen zur Geltendmachung seiner Rechte aus der Krankenversicherung nicht befolgt

2) wenn der Versicherte auf Verlangen der Versicherungsgesellschaft die verlangten ärztlichen Nachweise nicht vorlegt oder eine ärztliche Untersuchung durch einen von der Versicherungsgesellschaft oder ihren Vertretern benannten Arzt nicht durchführt;

3) für Leistungen, die von einem Leistungserbringer angeboten werden, der nicht Vertragspartner der Assistance-Gesellschaft ist oder für den die Assistance-Gesellschaft keine Garantie übernommen hat,

und für Leistungen, die ohne Genehmigung und/oder Beteiligung oder Zustimmung der Zustimmung der Assistenzgesellschaft erbracht werden;

4) wenn sie eine Folge irgendeiner Art von Lufttransport des Versicherten sind, es sei denn, der Versicherte als Passagier reiste, der das Beförderungsentgelt bezahlte;

5) wenn sie die Folge davon sind, dass der Versicherte nicht alles in seiner Macht Stehende getan hat, um den Verlust, den Schaden, die Verletzungen, die Körperverletzungen oder die Krankheiten zu verhindern

6) die der Versicherte auch dann zu zahlen hätte, wenn das Ereignis, bei dem die Assistance Assistance-Gesellschaft eingegriffen hat, nicht eingetreten wäre.

(D) Die Leistungspflicht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte falsche Angaben über die Dauer einer Auslandsreise, über die Umstände einer Verletzung oder die Art der Erkrankung macht, sowie beim Verschweigen wesentlicher Tatsachen sowie bei Betrug oder Fälschung.

(E) Von der Assistance-Gesellschaft kann nicht verlangt werden, dass sie dem Versicherten Leistungen erbringt, wenn der Versicherte sich in einem Gebiet befindet, in dem die Gefahr eines Krieges, politischer oder anderer Umstände besteht, die Kriegsgefahr, politische oder andere Umstände, die die Erbringung solcher Leistungen verhindern oder vertretbar unmöglich machen.

(F) Die Versicherungsgesellschaft deckt keine Kosten für Schäden, die während der Wartezeit entstehen.

## Artikel 8. BESONDERE AUSSCHLÜSSE

(A) Zusätzlich zu den allgemeinen Ausschlüssen gelten die folgenden besonderen Ausschlüsse für den

Versicherungsschutz, die sich auf zahnärztliche Notfallbehandlungen, stationäre und

Medizinische Notfallversorgung und -behandlung, ambulanter Arztbesuch, schwere akute

Verschlechterung eines chronischen Zustands, psychische Gesundheit, Mutterschaft, medizinischer Schutz für Kinder unter 1 Jahr,

Unfalltod, Knochenbruch, Krebs, unfallbedingte vollständige und dauerhafte

Invalidität, Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus oder zur nächstgelegenen Klinik und zurück und Rückkehr ins Heimatland beziehen.

Heimatland; diese besonderen Ausschlüsse beziehen sich auf die folgenden Behandlungen, Gegenstände, Bedingungen, Aktivitäten oder Kosten, die mit ihnen zusammenhängen oder sich daraus ergeben:

1) Ansprüche im Zusammenhang mit den Folgen von übermäßigem Alkoholkonsum, Drogenmissbrauch usw. Wenn solche Tatsachen nachträglich festgestellt werden, behält sich die Versicherungsgesellschaft das Recht auf Regress für alle Kosten, die von der Versicherungsgesellschaft aufgrund solcher Ansprüche bereits gezahlt wurden

2) Jegliche Art von diagnostischen Tests oder Verfahren, die vor oder nach dem Krankenhausaufenthalt durchgeführt werden, sowie medizinische Kosten im Zusammenhang mit speziellen diagnostischen Tests, Pflege oder Behandlung jeglicher Art von Krebs oder einer bösartigen Erkrankung; wiederholte Verrenkungen und Verstauchungen und die Behandlung von Verletzungen, die vor Beginn der Krankenversicherung oder vor der Abreise ins Ausland eingetreten sind

3) zahnärztliche Leistungen und die Kosten für eine endgültige Behandlung zur Behebung der zugrunde liegenden Zahnprobleme, mit Ausnahme der zahnärztlichen Notfallbehandlung.

4) Transportkosten für Probleme, die am Ort des Schadenereignisses behandelt werden können;

5) Behandlungen, die von einer Person angeboten werden, die mit dem Versicherten reist;

6) sexuell übertragbare Krankheiten;

- 7) die üblichen Schwangerschaftskontrollen und Entbindungen, wie z. B. regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, typische Schwangerschaftsbeschwerden, Entbindungen nach der 37. Schwangerschaftswoche, außer in Fällen, in denen das Leben der Mutter oder des Kindes gerettet werden muss, oder alles, was mit künstlicher Befruchtung zusammenhängt, Kontrolle und Abbruch der Schwangerschaft;
- 8) Kosten im Zusammenhang mit angeborenen Krankheiten jeglicher Art;
- 9) besondere Krankenhausleistungen - höherer Standard, wie z. B. Einzelzimmer, TV, besondere Unterbringung, etc.;
- 10) Operationen oder Behandlungen, die ohne Folgen für den Zeitpunkt der Rückkehr in das Land des Versicherten verschoben werden können
- Rückkehr in das Land des ständigen Wohnsitzes des Versicherten;
- 11) Ansprüche, die nach Beendigung des Auslandsaufenthalts entstehen;
- 12) Kosten für Augen Zubehör, außer wenn es sich um einen medizinischen Notfall handelt;
- 13) Behandlungen, die von einem Arzt ohne offiziell anerkannte Zulassung durchgeführt werden;
- 14) Kosten, die aus einer Behandlung resultieren, die nicht durch einen ärztlichen Bericht belegt ist;
- 15) die Kosten für den Transport, sofern der behandelnde Arzt der Meinung ist, dass der Versicherte sich in einem Gesundheitszustand befindet, der es ihm ermöglicht, in das Land seines ständigen Wohnsitzes zurückzukehren
- 16) Arbeitsunfälle, sofern dies nicht gesondert in der Police vereinbart ist;
- 17) psychische Störungen oder Verhaltensstörungen, außer wie in den Deckungsbeschreibungen Art. 6.B.I. 4).
- 18) Ereignisse, die sich bei der Abreise ins Ausland ereignet haben, obwohl der Arzt von einer Auslandsreise abgeraten hat
- 19) Ereignisse, die während eines Auslandsaufenthalts eingetreten sind, in den sich der Versicherte begeben hat, um sich medizinisch behandeln zu lassen
- 20) Ereignisse im Zusammenhang mit kosmetischen Eingriffen, die der Korrektur des Aussehens dienen;
- 21) Knochenbrüche, die aus einem der im Abschnitt "Allgemeiner Ausschluss" genannten Ereignisse resultieren.

(B) Zusätzlich zu den allgemeinen Ausschlüssen gelten für die Leistung "Knochen" folgende besondere Ausschlüsse  
keine Leistungen für Kosten, die durch Osteoporose, Boxen und Kampfsportarten, Extremsportarten, Moto-Sport, Mountainbiking und Downhill, Klettern oder Abseilen, Reiten, Ausübung von Sport als Berufssport, Teilnahme an Wettkämpfen jeglicher Art.

#### **Artikel 9. RISIKOFAKTOREN**

- (A) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der Versicherungsgesellschaft vor Abschluss und während der Dauer des Versicherungsvertrages alle für die Beurteilung des Risikos wichtigen Umstände die für die Beurteilung des Risikos von Bedeutung sind mitzuteilen, einschließlich einer Gesundheitserklärung. Als für die Beurteilung des Risikos wichtige Umstände gelten insbesondere die Umstände, die dem Versicherungsnehmer bekannt sind und nach denen der Beitrag bemessen und abgerechnet worden ist und abgerechnet werden, sowie die Umstände, die im Versicherungsvertrag genannt sind. Der Versicherungsnehmer und die Versicherungsgesellschaft können diese Umstände gemeinsam bestimmen.
- (B) Der Versicherungsnehmer hat der Versicherungsgesellschaft eine Übersicht und Einschätzung des Risikos zu ermöglichen.

#### **Artikel 10. VERPFLICHTUNGEN DES VERSICHERTEN NACH EINTRITT DES VERSICHERUNGSFALLS**

- (A) Nach Eintritt des Versicherungsfalles hat der Versicherte unverzüglich alles in seiner Macht Stehende zu tun, um einen weiteren Schaden zu verhindern, indem er die Anweisungen der Assistance-Gesellschaft befolgt und nach bestem Wissen und Gewissen versucht, die Kosten zu begrenzen.
- (B) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Versicherungsgesellschaft oder die Assistance-Gesellschaft innerhalb von drei Tagen nach dem Tag, an dem er davon Kenntnis erlangt hat, über alle Unfälle, Vorgänge oder sonstigen Ereignisse zu informieren, die zum Eintritt eines Versicherungsfalles führen könnten. Die Nichteinhaltung der in Artikel 10 genannten Verpflichtungen kann zu einer Verzögerung bei der Auszahlung und des Schadens/der Entschädigung führen und die Haftung des Versicherten für etwaige Schäden, die der Versicherungsgesellschaft entstehen. Ansprüche sind zu richten melden an:

**Assistance CORIS d.o.o.**  
**Ulica bratov Babnik 10, 1000 Ljubljana, Slowenien**  
**Telefon (24 Stunden): +386 1 519 2020**  
**Faschimile: +386 1 5191698**  
**E-Mail: [coris@coris.si](mailto:coris@coris.si)**

- (C) Der Versicherungsnehmer muss der Versicherungsgesellschaft alle Daten und sonstigen Beweise vorlegen, über die er verfügt und die für die Feststellung der Ursache, des Umfangs und der Höhe des Schadens dringend erforderlich sind. Der Versicherte hat in jedem Fall die Anweisungen der Versicherungsgesellschaft oder ihrer Vertreter zu befolgen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, alle Originalrechnungen Rechnungen, Bescheinigungen, amtliche medizinische Unterlagen, die die Dringlichkeit der Behandlung begründen, Fahrkarten, Verträge, Mautgebühren, Mauttunnelgebühren, Kreditkartenzahlungsbelege und alle weiteren auf Verlangen der Versicherungsgesellschaft vorzulegen.
- (D) Der Versicherungsnehmer hat alle von der Assistancegesellschaft verlangten Bescheinigungen, Auskünfte, Zustimmungen, amtlichen Übersetzungen und Nachweise auf seine Kosten vorzulegen.  
Nachweise, die von der Assistancegesellschaft verlangt werden, auf seine Kosten vorzulegen.  
Der Versicherungsnehmer muss das Formular für die Leistungsauszahlung innerhalb von 30 Tagen nach Entstehen der Kosten ausfüllen und an die Assistance-Gesellschaft senden.  
Die Frist kann mit vorheriger Zustimmung der Assistance-Gesellschaft verlängert werden, wenn die Begleitdokumente nicht rechtzeitig vorliegen. Alle eingereichten Unterlagen, die sich auf den Eintritt des Versicherungsfalles beziehen, müssen im Original vorliegen.
- (E) Die Nichterfüllung der in diesem Artikel genannten Verpflichtungen durch den Versicherungsnehmer innerhalb der vereinbarten Frist kann zur Ablehnung der Leistung durch die Versicherungsgesellschaft führen, wenn die Versicherungsgesellschaft nicht in der Lage ist, den Eintritt des versicherten Ereignisses festzustellen.

(F) Meldet der Versicherte den Eintritt des Versicherungsfalles, den er verschuldet hat, nicht innerhalb der in diesem Vertrag festgelegten Art und Weise, so hat er der Versicherungsgesellschaft den Schaden zu ersetzen, der ihr dadurch entstanden ist.

(G) Wenn der Versicherte keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen und die dringende medizinische Versorgung oder Behandlung selbst bezahlt hat, erstattet die Versicherungsgesellschaft ihm die Kosten gemäß Artikel 6 dieses Vertrags gegen Vorlage der erforderlichen Unterlagen.

(H) Der Versicherer behält sich das Recht vor, alle medizinischen Beweise anzufordern, die vernünftigerweise notwendig sind, um Ansprüche zu prüfen und zu genehmigen, einschließlich unabhängiger medizinischer Untersuchungen.

#### **Artikel 11. VERPFLICHTUNGEN DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT NACH DEM VERSICHERUNGSFALL**

(A) Wenn nicht klar ist, dass es sich bei einem Leiden um ein chronisches Leiden handelt und wir für dessen Behandlung gezahlt haben bedeutet dies nicht, dass wir die Zahlung fortsetzen, wenn wir über weitere Informationen verfügen, die aus unserer Sicht bestätigen, dass es sich um ein chronisches Leiden handelt. Sie können uns fragen, ob eine Erkrankung versichert ist.

Wenn Sie sich in stationärer Behandlung befinden, werden wir bei unserer Entscheidung, ob Ihr Zustand ein chronischer Zustand ist oder geworden ist, den Zeitraum berücksichtigen in Tagen, in dem es keine Änderung Ihres klinischen Zustands oder Ihrer Behandlung gab.

(B) Tritt der Versicherungsfall ein, so erbringt die Versicherungsgesellschaft die Leistung innerhalb von vierzehn Tagen nach Eingang der vollständigen Unterlagen. Steht die Höhe ihrer Haftung nicht innerhalb dieser Frist fest, so zahlt die Versicherungsgesellschaft auf Antrag des Versicherten oder des Begünstigten den den unanfechtbaren Teil ihrer Haftung in Form eines Vorschusses.

(C) Bei jedem Versicherungsfall zahlt die Versicherungsgesellschaft den festgestellten Schaden in voller Höhe zu den offiziellen Wechselkursen der Europäischen Zentralbank (EZB) am Tag der Leistungserbringung, höchstens jedoch den in der Deckungstabelle am Ende der vorliegenden Bedingungen angegebenen Betrag.

(D) Die vorstehende Bestimmung dieses Artikels findet keine Anwendung, wenn der Versicherte ein Dokument vorlegt, das die tatsächliche Höhe des Schadens in € am Tag des Eintritts des Versicherungsfalles belegt.

(E) Ungeachtet des Absatzes 11 (A) hat die Versicherungsgesellschaft das Recht, wenn ein Zivil- oder Strafverfahren in Bezug auf einen Versicherungsfall läuft die Fälligkeit ihrer Kosten bis zur Beendigung dieses Verfahrens auszusetzen. In den Fällen, in denen die Versicherungsgesellschaft die Ansprüche von mehreren Versicherungsnehmern mit einer einzigen Versicherungssumme abdeckt und diese Summe zur Deckung der Ansprüche ausreicht, zahlt die Versicherungsgesellschaft die Leistungen an die Versicherten anteilig aus, so dass die Summe der ausgezahlten Beträge die Versicherungssumme nicht übersteigt.

#### **Artikel 12. RECHTE DES VERSICHERUNGSUNTERNEHMENS**

(A) Im Falle eines von einem Dritten verursachten Unfalls hat die Versicherungsgesellschaft das Recht, von diesem Dritten die Kosten zu verlangen, die sie bereits an den Versicherten gezahlt hat.

(B) Die Versicherungsgesellschaft behält sich das Recht auf Rückerstattung der gesamten Kosten vor, wenn wenn sich nachträglich herausstellt, dass der Versicherungsfall auf die in Artikel 7 oder 8 genannten Ereignisse zurückzuführen ist.

#### **Artikel 13. PRÄMIENZAHLUNG UND FOLGEN BEI NICHTERFÜLLUNG**

(A) Der Versicherungsnehmer hat die Prämie oder die erste Rate für das erste Versicherungsjahr bei dem Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Die Zahlung bei Abschluss des Vertrages umfasst auch die Zahlung bis zu dem in der Schadenanzeige genannten Fälligkeitstermin. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz an dem Tag und zu der Stunde in Kraft, die als Versicherungsbeginn festgelegt wurden. Wird die Prämie (oder die erste Rate) bis zu dem in der Schadenmeldung angegebenen Fälligkeitsdatum nicht vollständig gezahlt, tritt der Versicherungsschutz in Kraft.

Bei langfristigen Versicherungsverträgen zahlt der Versicherungsnehmer die Prämien für die folgenden Versicherungsjahre (oder die erste Rate im nächsten Versicherungsjahr) am ersten Tag eines jeden folgenden Versicherungsjahres. Wenn nicht anders vereinbart, ist die Zahlungsdynamik für die folgenden Vertragsjahre die gleiche Dynamik wie im ersten Versicherungsjahr.

(B) Wird die Zahlung der Prämie in Raten oder rückwirkend vereinbart, so können auf den Prämienbetrag, für den eine Stundung vereinbart wurde, regelmäßige Zinsen erhoben werden. Wird eine Rate nicht bis zum Fälligkeitstag gezahlt, ist die Versicherungsgesellschaft berechtigt, die gesetzlichen Verzugszinsen zu berechnen und die sofortige Zahlung zu verlangen.

(C) Wird die Prämie bei einem Postamt oder einer Bank gezahlt, so gilt als Tag der Zahlung der Tag, an dem der Tag, an dem der Zahlungsauftrag bei einem Postamt oder einer Bank eingereicht wurde. Ist die Referenz auf dem Zahlungsauftrag nicht eindeutig angegeben, so dass nicht erkennbar ist, um welche Prämie oder welche Prämienrate und die Art des Versicherungsvertrages gezahlt wird, wird davon ausgegangen, dass die Prämie oder die Prämienrate, die bei Fälligkeit die älteste ist, unabhängig von der Art des Versicherungsvertrages, der mit der Versicherungsgesellschaft abgeschlossen wurde.

(D) Wurde ein Prämienrabatt nach der vereinbarten Versicherungsdauer vereinbart und die die Versicherung vor Ablauf dieser Zeit beendet, so kann die Versicherungsgesellschaft den Differenzbetrag bis zur Höhe der Prämie, die der Versicherungsnehmer zu zahlen hätte, einfordern.

(E) Endet der Versicherungsvertrag durch Prämienverzug, so hat der Versicherungsnehmer den Beitrag für die Zeit bis zur Beendigung des Vertrages oder den Gesamtbeitrag zu erbringen. Der Versicherungsnehmer hat außerdem den Rabatt auf die Prämie zu entrichten, der ihm für die vereinbarte Versicherungsdauer gewährt wurde

(F) Die Versicherungsgesellschaft hat das Recht, von der Leistung alle überfälligen und säumigen Prämien des laufenden Versicherungsjahres sowie sonstige fällige Verbindlichkeiten des Versicherungsnehmers gegenüber der Versicherungsgesellschaft aus früheren Jahren zu berechnen.

(G) Die Verpflichtung der Versicherungsgesellschaft zur Zahlung der Leistung endet, wenn der Versicherungsnehmer die nach Vertragsabschluss fällige Prämie nicht bis zum Fälligkeitstermin gezahlt hat, und wenn dies nicht innerhalb von dreißig Tagen nach Zustellung des Einschreibens der Versicherungsgesellschaft an den Versicherungsnehmer geschehen ist.

(H) Nach Ablauf der im siebten Absatz des vorliegenden Artikels genannten Frist kann die Versicherungsgesellschaft den Versicherungsvertrag ohne Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der nach Vertragsabschluss fälligen Prämie in Verzug ist oder der zweiten und der Folgeprämien in Verzug ist; der Rücktritt vom Vertrag wird mit Ablauf der in Absatz 7 genannten Frist wirksam.

(I) Zahlt der Versicherungsnehmer in den Fällen, in denen die Versicherungsgesellschaft den Versicherungsvertrag nicht gekündigt hat, so ist die Versicherungsgesellschaft bei Eintritt des Versicherungsfalls verpflichtet, die Leistung ab 24:00 Uhr nach Zahlung der Prämie und der Verzugszinsen zu erbringen. Zahlt der Versicherungsnehmer die Prämie nicht innerhalb dieser Frist, so endet der Versicherungsvertrag mit dem Ablauf des Versicherungsjahres.

(J) Auf die Prämie werden gesetzlich festgelegte Abgaben (Gebühren, Steuern usw.) erhoben. Wenn sich die Abgaben während der Laufzeit der Versicherung ändern, wirken sich diese Änderungen auf die Höhe der Prämie aus.

#### **Artikel 14. KÜNDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERTRAGS UND RÜCKGABE DER PRÄMIE**

(A) Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag nur infolge von Krankheit, Verletzung oder Tod oder Tod der versicherten Person oder eines unmittelbaren Familienangehörigen kündigen, sofern dies vor Versicherungsbeginn eintritt. Der Versicherungsvertrag kann nicht nach Beginn des Versicherungsschutzes gekündigt werden.

(B) Im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrags behält die Versicherungsgesellschaft bis zu 15 % der Prämie für ihre Verwaltungskosten zurück und erstattet 85 % der gezahlten Prämie. Wenn die Versicherungsdauer im Vertrag nicht festgelegt ist, kann jede Partei den Vertrag zum Fälligkeitsdatum der Prämie kündigen, sofern sie die andere Partei mindestens drei (3) Monate vor Fälligkeit der Prämie davon in Kenntnis gesetzt hat.

(C) Bei einem im Fernabsatz abgeschlossenen Versicherungsvertrag (online, per Telefon usw.), der für einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen abgeschlossen wurde, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag kündigen, jedoch nicht später als 15 Tage nach Vertragsabschluss. In diesem Fall wird die Versicherungsgesellschaft den Gesamtbetrag der gezahlten Prämie zurückzahlen. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und dem Vertreter der Versicherungsgesellschaft bis zum Ablauf der Frist vorgelegt werden.

Die Kündigung gilt als fristgerecht eingereicht, wenn sie bis zum Ablauf der Frist per Einschreiben abgesandt wurde. Nach diesem Absatz hat der Versicherungsnehmer nicht das Recht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat, zu kündigen.

(D) Um eine Kündigung mitzuteilen, schreiben Sie bitte an:

**Assistance CORIS d.o.o.**  
**Ulica Bratov**  
**Babnik 10 1000 Ljubljana, Slowenien**  
**E-Mail: [coris@coris.si](mailto:coris@coris.si)**

#### **Artikel 15. BESCHWERDEN**

Der Versicherer und sein Vertreter bemühen sich um die Zufriedenheit des Versicherungsnehmers und um die korrekte Behandlung der Versicherungsfälle. Bei Meinungsverschiedenheiten im Zusammenhang mit einem Versicherungsvertrag hat der Versicherte die Möglichkeit, ein außergerichtliches Verfahren einzuleiten.

Die Beschwerde kann mündlich unter der Telefonnummer + 386 1 5192020 oder schriftlich an folgende Adresse gerichtet werden:

**Assistance CORIS d.o.o.,**  
**Ul. bratov Babnik 10, 1000 Ljubljana, Slowenien (EU)**  
**oder per E-Mail an [coris@coris.si](mailto:coris@coris.si).**

Beschwerden werden von der zuständigen Dienststelle gemäß den Bestimmungen über das interne Beschwerdeverfahren bearbeitet. Die versicherte Person erhält so schnell wie möglich, spätestens jedoch innerhalb von 30 Kalendertagen nach Eingang der Beschwerde bei der Assistancegesellschaft, eine schriftliche Antwort. Falls der Versicherte mit der Entscheidung der Beschwerdekommision nicht einverstanden ist, kann er das Verfahren zur außergerichtlichen Beilegung der Streitigkeit bei der Schlichtungsstelle des Slowenischen Versicherungsverbandes, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, Telefon: +386 1 300 93 81, E-Mail: [irps@zav-zdruzenje.si](mailto:irps@zav-zdruzenje.si)

#### **Artikel 16. ÄNDERUNGEN DES VERSICHERUNGSVERTRAGS**

(A) Ändert die Versicherungsgesellschaft die Versicherungsbedingungen oder das Prämiensystem, so hat sie den Versicherungsnehmer über die Änderung mindestens 60 Tage vor Ablauf des laufenden Versicherungsjahres zu informieren.

(B) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb von 60 Tagen nach Erhalt der Mitteilung zu kündigen. Der Vertrag wird zum Ende des laufenden Versicherungsjahres beendet.

(C) Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag nicht, so wird der Vertrag ab Beginn des folgenden Jahres geändert.

(D) Die Versicherungsgesellschaft behält sich das Recht vor, Berechnungs- oder sonstige Fehler des Vermittlers zu berichtigen; der Versicherungsnehmer ist über eine solche Berichtigung schriftlich zu informieren. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb von 15 Tagen nach Erhalt der Mitteilung vom Versicherungsvertrag zurückzutreten, sofern er mit den Berichtigungen (Änderungen) nicht einverstanden ist. Wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb dieser Frist vom Versicherungsvertrag zurücktritt, so wird davon ausgegangen, dass er mit diesen Berichtigungen/Änderungen einverstanden ist, so gilt der Versicherungsvertrag ab dem Ende dieser Frist mit den Berichtigungen (Änderungen des Versicherungsvertrags durch die Versicherungsgesellschaft)

#### **Artikel 17. ART DER MITTEILUNG**

(A) Vereinbarungen über den Inhalt des Versicherungsvertrags sind nur gültig, wenn sie schriftlich geschlossen wurden.

(B) Alle Mitteilungen und Erklärungen, die nach den Bestimmungen des Versicherungsvertrags abzugeben sind, bedürfen der Schriftform.

(C) Eine Mitteilung oder Erklärung gilt als rechtzeitig, wenn sie vor Ablauf der Frist per Einschreiben abgesandt wird.

(D) Eine Erklärung, die gegenüber der anderen Partei abzugeben ist, wird erst wirksam, wenn die andere Partei sie erhalten hat.

#### **Artikel 18. ÄNDERUNG DER ANSCHRIFT UND ZUSTELLUNG**

(A) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der Versicherungsgesellschaft eine Änderung seiner Wohnanschrift oder des Sitzes oder seines Namens oder seiner Firma innerhalb von 15 Tagen nach der Änderung mitzuteilen.

(B) Ändert der Versicherungsnehmer seine Wohnanschrift oder seinen Namen oder seine Firma und unterlässt er es, dies der Versicherungsgesellschaft schriftlich mitzuteilen, so gilt für die Versicherung rechtlich ihr letzter bekannte Name oder Firmenname.

(C) Wenn der Versuch der Zustellung einer eingeschriebenen Mitteilung an den Versicherungsnehmer erfolglos war (wegen Verlegung des Wohnsitzes, Verweigerung der Annahme der Mitteilung usw.), betrachtet die Versicherungsgesellschaft den zurückgesandten Brief als zugestellt und bewahrt ihn am Sitz der Versicherungsgesellschaft auf. Der Versicherungsnehmer erklärt sich damit einverstanden, dass eine solche Mitteilung als am Tag des ersten Zustellungsversuchs eingegangen gilt und dass davon ausgegangen wird, dass der Versicherungsnehmer mit dem Inhalt der Mitteilung vertraut ist.

(D) Die Annahme einer erfolgreichen Zustellung aus dem vorstehenden Absatz basiert auf der Grundlage der vertraglichen Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer.

## **Artikel 19. HINWEIS ZUM SCHUTZ DER PRIVATSPHÄRE UND DES DATENSCHUTZES**

### **(A) DATENSCHUTZ**

Helvetia Global Solutions Ltd. und Assistance CORIS d.o.o (beide Inhaber der Datenverarbeitung) verpflichten sich den Schutz und die Achtung Ihrer Privatsphäre in Übereinstimmung mit der geltenden Datenschutzgesetzgebung ("Gesetzgebung").

**Ansprechpartner:  
Helvetia Global Solution Ltd,  
Äulestrasse 60  
9490 Vaduz,  
Fürstentum Liechtenstein  
Assistenz CORIS d.o.o.  
Ulica bratov Babnik 10,  
1000 Ljubljana, Slowenien**

### **(B) WIE WIR IHRE INFORMATIONEN VERWENDEN**

Wir können die personenbezogenen Daten, die wir über Sie gespeichert haben, auf folgende Weise verwenden:

- Für die Bereitstellung von Versicherungen, die Bearbeitung von Schadensfällen und andere damit verbundene Zwecke. Dies kann auch automatisierte Entscheidungen über den Abschluss einer Versicherung umfassen, die der Erfüllung des Versicherungsvertrags zwischen Ihnen und uns dienen.

- Für Verlängerungsangebote, Forschungszwecke oder statistische Zwecke - dies dient unseren berechtigten Interessen: zur Analyse historischer Aktivitäten, zur Verbesserung unserer Tarifierungsalgorithmen und zur Vorhersage zukünftiger Auswirkungen. Zur Förderung unserer geschäftlichen Interessen, zur Verbesserung unseres Produktangebots und zur Entwicklung neuer Systeme und Prozesse.

- Um Ihnen Informationen, Produkte oder Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen, die Sie von uns anfordern oder von denen wir glauben, dass sie für Sie von Interesse sind. (wenn Sie zugestimmt haben, dass wir Sie für diese Zwecke kontaktieren dürfen).

Um Sie über Änderungen an unserem Service zu informieren - dies dient unseren rechtlichen und regulatorischen Verpflichtungen.

- Zum Schutz vor Betrug und Finanzkriminalität und zur Erfüllung allgemeiner gesetzlicher oder regulatorischer Verpflichtungen.

Sensible (besondere) personenbezogene Daten (wie z. B. Informationen über die Gesundheit) können von uns benötigt werden für den Schadenbearbeitungsprozess.

Die Bereitstellung solcher Daten ist eine Voraussetzung dafür, dass wir Ihnen eine Versicherung anbieten oder einen Schadensfall bearbeiten können. Sie können zwar Ihre Zustimmung zur Verarbeitung dieser Daten widerrufen, doch kann dies dazu führen, dass wir nicht in der Lage sind, den Versicherungsschutz fortzusetzen oder Ansprüche zu bearbeiten. Wenn uns solche Daten zur Verfügung gestellt werden, werden sie nur für die oben genannten Zwecke verwendet und sicher behandelt.

### **(C) SANKTIONSPOLITIK**

Im Rahmen des Annahmeverfahrens für diese Versicherung sind wir gesetzlich verpflichtet, eine Sanktionsprüfung durchzuführen. Wird diese Versicherung grundsätzlich an der Verkaufsstelle angenommen. Zu diesem Zweck werden Daten übermittelt an die Helvetia Global Solution AG. Wir führen die Sanktionsprüfung innerhalb von 7 Arbeitstagen durch und wenn Sie nach 7 Tagen nichts von uns gehört haben, ist dieser Versicherungsvertrag endgültig. Wir behalten uns das Recht vor, diese Police im Falle eines Sanktionstreffers zu kündigen. Ungeachtet anderer Bestimmungen dieses Vertrages gilt kein Versicherer als leistungspflichtig, wenn gegen geltende Handels- oder Wirtschaftssanktionsgesetze oder -vorschriften verstoßen würde.

### **(D) WEITERGABE IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN**

Wir können Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weitergeben, die an der Bereitstellung von Produkten oder Dienstleistungen für uns beteiligt sind,

oder an Dienstleister, die in unserem Auftrag Dienstleistungen erbringen. Dazu gehören:

- 1) Unsere Konzerngesellschaften,
- 2) Affinitätspartner;
- 3) Makler, Vertreter, Drittverwalter, Rückversicherer;
- 4) Andere Versicherungsvermittler;
- 5) Kreditagenturen;
- 6) Anbieter medizinischer Dienstleistungen;
- 7) Betrugsermittlungsagenturen;
- 8) Schadensregulierer;
- 9) Externe Anwaltskanzleien;
- 10) Externe Wirtschaftsprüfer;
- 11) Aufsichtsbehörden; und
- 12) Soweit gesetzlich vorgeschrieben.

Wir können Ihre personenbezogenen Daten auch weitergeben:

a) Für den Fall, dass wir ein Geschäft oder Vermögenswerte verkaufen oder kaufen, können wir Ihre personenbezogenen Daten an den potenziellen Verkäufer oder Käufer eines solchen Geschäfts oder Vermögenswerts weitergeben.

b) Wenn ein Unternehmen der Helvetia Global Solution Ltd. oder im Wesentlichen alle seine Vermögenswerte von einer dritten Partei erworben wird, wobei in diesem Fall persönliche Daten, die sie über ihre Kunden besitzt, zu den übertragenen Vermögenswerten gehören.

c) Um die Rechte, das Eigentum oder die Sicherheit der Helvetia Global Solution AG, unserer Kunden oder andere zu schützen.

#### (E ) INTERNATIONALE DATENÜBERMITTLUNG

Wir können Ihre personenbezogenen Daten an Orte außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums ("EWR") übermitteln. Wenn wir Ihre personenbezogenen Daten außerhalb des EWR übermitteln, werden wir sicherstellen, dass sie sicher behandelt werden und in Übereinstimmung mit diesem Datenschutzhinweis und der Gesetzgebung behandelt werden. Wir übermitteln Daten nur in Länder, die von der Europäischen Kommission als angemessener Schutz eingestuft werden, oder, falls es keinen Angemessenheitsbeschluss gibt, verwenden wir die von der Europäischen Kommission genehmigten "Standardvertragsklauseln" mit solchen zum Schutz der Daten.

#### (F) IHRE RECHTE

Sie haben das Recht:

- a) Von uns zu verlangen, dass wir Ihre Daten nicht zu Marketingzwecken verarbeiten.
- b) eine Kopie der personenbezogenen Daten zu erhalten, die wir über Sie gespeichert haben.
- c) Sie können von uns verlangen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten löschen (vorbehaltlich bestimmter Ausnahmen).
- d) Lassen Sie ungenaue oder irreführende Daten korrigieren oder löschen.
- e) Sie können uns auffordern, eine Kopie Ihrer Daten an einen für die Verarbeitung Verantwortlichen zu übermitteln.
- f) eine Beschwerde bei der örtlichen Datenschutzbehörde einzureichen.

Für den Zugang zu Ihren persönlichen Daten schreiben Sie bitte an:

Helvetia Versicherung  
Datenschutz  
St.Alban Analge 26  
4002 Basel (Schweiz)

#### G) VERMARKTUNG

Sofern Sie zugestimmt haben, können wir personenbezogene Daten, die Sie uns zur Verfügung stellen, innerhalb der Helvetia-Unternehmensgruppe und an andere Unternehmen weitergeben, mit denen wir geschäftliche Beziehungen unterhalten. Diese und wir können mit Ihnen Kontakt aufnehmen (per Post, E-Mail, Telefon, SMS oder auf andere vereinbarte Weise), um Sie über Produkte, Dienstleistungen oder Angebote zu informieren, von denen wir glauben, dass sie für Sie von Interesse sind, oder um Sie mit kommerziellen Updates zu versorgen.

#### (H) AUFBEWAHRUNG

Ihre Daten werden nicht länger als nötig aufbewahrt und in Übereinstimmung mit unserer Richtlinie zur Datenaufbewahrung verwaltet. In den meisten Fällen werden die Daten für einen Zeitraum von zehn (10) Jahren aufbewahrt. Nach Ablauf des Versicherungsvertrags oder unserer Geschäftsbeziehung mit Ihnen, es sei denn, wir sind aufgrund geschäftlicher, rechtlicher oder behördlicher Anforderungen verpflichtet, die Daten länger aufzubewahren.

#### Artikel 20. BEILEGUNG VON STREITIGKEITEN

Es wird vereinbart, dass diese Versicherung ausschließlich dem Recht und der Praxis Sloweniens unterliegt, und für alle Streitigkeiten, die sich aus dieser Versicherung ergeben oder mit ihr in Zusammenhang stehen, ausschließlich die Zuständigkeit jedes zuständigen Gerichts in Slowenien. Die Versicherungsgesellschaft erklärt sich hiermit einverstanden, dass alle Vorladungen, Bescheide oder Prozesse, die ihr zum Zwecke der Einleitung eines Gerichtsverfahrens gegen sie im Zusammenhang mit dieser Versicherung ordnungsgemäß adressiert und zugestellt werden an:

**Assistance CORIS d.o.o.**  
**Ulica bratov Babnik 10, 1000 Ljubljana, Slowenien**  
**E-Mail: [coris@coris.si](mailto:coris@coris.si)**

Die Versicherungsgesellschaft verzichtet durch die Erteilung der oben genannten Vollmacht nicht auf ihr Recht auf besondere Fristen oder Fristen, die ihr für die Zustellung solcher Vorladungen, Mitteilungen oder Prozesse aufgrund ihres Wohnsitzes oder Sitzes in Liechtenstein zustehen.