

1. EINLEITUNG

Der *Versicherungsnehmer* dieser Versicherung ist die TF Bank, Registernummer 556158-1041, Postfach 947, 501 10 Borås, Schweden (die „**Bank**“ und der „**Versicherungsnehmer**“), die diesen Versicherungsvertrag zugunsten ihrer Kunden abgeschlossen hat, die Inhaber der TF Mastercard Gold-Kreditkarte (die „**Kreditkarte**“) sind. Kunden, die Inhaber einer *Kreditkarte* sind, werden als „**Karteninhaber**“ bezeichnet.

Der *Versicherer* bei dieser Versicherung ist Amtrust International Underwriters DAC, 6-8 College Green, Dublin 2 D02 VP48, Irland, Unternehmensregisternummer 169384 (der „**Versicherer**“, auch bezeichnet als „**wir**“ und „**uns**“), der in Österreich im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit tätig ist. Der *Versicherer* ist von der Central Bank of Ireland zugelassen und beaufsichtigt (Unternehmensreferenznummer C33525). Für diesen Versicherungsvertrag handelt ANV Nordic AB, Linnégatan 14, 114 47 Stockholm, Schweden (Handelsregisternummer 556671 5677) („ANV“), als Managing General Agent (MGA) und Underwriter mit entsprechender Bevollmächtigung durch AIU. ANV unterliegt der Aufsicht der Schwedischen Finanzaufsichtsbehörde (Identifikationsnummer 46331).

Wir bitten Sie, als *Karteninhaber* und damit als den *Versicherten*, die im Falle eines *Versicherungsfalls* zu erfüllenden Pflichten zu beachten.

Die *kursiv gedruckten* Wörter werden im Abschnitt 5 unten definiert.

2. DIE VERSICHERTEN

Die Voraussetzung für die Gültigkeit der Versicherung ist, dass der *Karteninhaber* mindestens 50 % der gesamten Beförderungskosten in Zusammenhang mit der *Reise* mit der *Kreditkarte* bezahlt hat. Wenn die *Reise* mit einem Privatfahrzeug erfolgt, muss der *Karteninhaber* mindestens 50 % der *Unterkunftskosten* im Zusammenhang mit der *Reise* mit der *Kreditkarte* bezahlt haben, damit die Versicherung anwendbar ist.

Die Versicherung gilt für *Karteninhaber Familienangehörige* und *Mitreisende* (gemeinsam als die „**Mitversicherten**“ bezeichnet), sofern diese mit dem *Karteninhaber* reisen und der *Karteninhaber* hat mehr als 50 % der Beförderungskosten oder *Unterkunftskosten* der *Reise* mit der *Kreditkarte* gezahlt hat. Der *Karteninhaber*, die *Familienangehörigen* und die *Mitreisenden* werden gemeinsam als der/die „**Versicherte(n)**“ bezeichnet.

Die Höchstzahl der *Versicherten* beträgt jeweils fünf (5) *Versicherte* (d. h. der *Karteninhaber* und bis zu vier (4) *Mitversicherte*).

Wenn *Familienangehörige des Karteninhabers* und andere *Mitreisende* zusammen reisen, werden die

Familienangehörigen des Karteninhabers direkt mitversichert, und die anderen *Mitreisenden* je nach Verfügbarkeit der Versicherung. Die maximale Anzahl der *Versicherten* im Rahmen dieser Versicherung beträgt fünf (5), wobei der *Karteninhaber* mit eingerechnet ist. Bei mehr als fünf Personen gilt die folgende Rangfolge, um zu bestimmen, welche vier Familienangehörige des *Karteninhabers* und andere *Mitreisende* versichert sind: der *Karteninhaber*; *Familienangehörige des Karteninhabers* in der Reihenfolge des ältesten bis jüngsten, andere *Mitreisende* in der Reihenfolge des ältesten bis jüngsten.

3. GELTUNGORT UND DAUER DER VERSICHERUNG

3.1 Verfügbarkeit

Die Versicherungsleistungen gelten für *Reisen*, sofern:

- a) der *Karteninhaber* eine gültige *Kreditkarte* besaß, als die *Reise* begann;
- b) mindestens 50 % der gesamten Beförderungskosten im Zusammenhang mit der *Reise* oder, bei Reisen mit dem privaten PKW, 50 % der *Unterkunftskosten* im Zusammenhang mit der *Reise* mit der *Kreditkarte* bezahlt wurden; und
- c) es sich bei der *Reise* um eine Freizeitreise handelt (der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Geschäftsreisen, Studienreisen oder Reisen aus ähnlichen Gründen).

Wenn die *Reise* mehr als 12 Monate im Voraus gebucht wurde, stehen für die *Reise* keine Versicherungsleistungen zur Verfügung.

3.2 Reisedauer – alle Leistungen außer Reiserücktritt

Mit Ausnahme der *Reiserücktritt* (siehe Abschnitt 6.1) gilt der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt, zu dem die *Versicherten* ihren ständigen Wohnsitz verlassen und endet, wenn die *Versicherten* an ihren ständigen Wohnsitz zurückkehren. Der Versicherungsschutz wird für einen Zeitraum von maximal 90 Tagen gewährt. Wenn die *Reise* länger als 90 Tage dauert, gilt der Versicherungsschutz dieser Police nur für die ersten 90 Tage. Wenn jedoch vor Antritt der *Reise* kein Ticket für die Rückreise gebucht wurde, sind nur die ersten 35 Tage der *Reise* versichert.

Die Höchstdauer von 90 Tagen wird um fünf (5) Tage verlängert, wenn die *Reise* aufgrund von unvorhergesehenen Umständen, die sich der Kontrolle des *Versicherten* entziehen, verlängert werden muss. Bei *Krankheit und Verletzung* kann die Frist unter bestimmten Umständen noch weiter verlängert werden, wie dies in § 6.8.1 vorgesehen ist.

3.3 Reisedauer – Reiserücktrittsversicherung

Bei einer *Reiserücktrittsversicherung* gilt die Versicherungsdeckung von dem Zeitpunkt, an dem der *Versicherte* die *Reise* bucht, bis zu dem Zeitpunkt, an dem der *Versicherte* seinen ständigen Wohnsitz verlässt.

3.4 Geltungsgebiet

Die Versicherung gilt für *Reisen* weltweit, solange die *Reise* innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums („EWR“) beginnt und endet.

3.5 Inlandsreisen

Wenn die *Reise* innerhalb des *Heimatlands* des *Versicherten* stattfindet, muss der *Versicherte* entweder (i) mindestens eine (1) Übernachtung außerhalb der Stadt haben, in der der *Versicherte* seinen *ständigen Wohnsitz* (mind. 50 km vom Wohnort) hat oder (ii) mit dem Flugzeug reisen, um Anspruch auf Versicherungsleistungen zu haben.

3.6 Altersbeschränkungen

Versicherte, die zum Zeitpunkt des Verlassens ihres *ständigen Wohnsitzes* zum Zweck einer *Reise* älter als 70 Jahre sind, sind für einen Zeitraum von maximal 21 Tagen versichert.

Außerdem sind *Versicherte*, die zum Zeitpunkt des Verlassens ihres *ständigen Wohnsitzes* zum Zweck einer *Reise* älter als 75 Jahre sind, im Falle eines *Reiserücktritts* (Abschnitt 6.1), *Krankheit und Verletzung* (Abschnitt 6.8), oder *Invalidität und Todesfall* (Abschnitt 6.9) nicht versichert.

Siehe auch die altersbedingten Einschränkungen bei *Invalidität oder Todesfall* in Abschnitt 6.9.

4. GESAMTVERSICHERUNGSSUMME PRO VERSICHERUNGSFALL

Die maximale Gesamtversicherungssumme pro *Versicherungsfall* für alle *Versicherten* im Rahmen dieser Versicherung beträgt unabhängig davon, ob mehrere *Kreditkarten*, zusammen oder unabhängig voneinander, für die Bezahlung einer *Reise* verwendet wurden, 2.000.000,00 EUR.

Bei einem *Flugunfall* beträgt die maximale Gesamtversicherungssumme pro *Versicherungsfall* für alle *Versicherten* im Rahmen dieser Versicherung beträgt unabhängig davon, ob mehrere *Kreditkarten*, zusammen oder unabhängig voneinander, für die Bezahlung einer *Reise* verwendet wurden, jedoch 5.000.000,00 EUR.

5. DEFINITIONEN

Abfahrtsort: Der *Abfahrtsort* ist der Flughafen, der internationale Bahnhof, der Busbahnhof oder der Hafen, an dem das *öffentliche Verkehrsmittel* für die Hinreise von Ihrem *Heimatland* zu Ihrem *Zielort* und für die Rückreise das *öffentliche Verkehrsmittel* für den letzten Teil Ihrer *Reise* zu Ihrem *Heimatland* bestiegen wird.

Akute schwere Krankheit: Bezeichnet eine plötzliche und unerwartete Krankheit, die eine sofortige *medizinische Behandlung* des *Versicherten* erforderlich macht.

Akuter schwerer Unfall: Bezeichnet ein plötzliches, unvorhergesehenes und unfreiwilliges Ereignis, das durch äußere, sichtbare Gewalteinwirkung verursacht wurde und eine sofortige *medizinische Behandlung* des *Versicherten* erforderlich macht.

Akute Zahnbehandlung: Zahnbehandlung, die von einem *Zahnarzt* zur sofortigen Schmerzlinderung durchgeführt werden muss.

Ambulante Behandlung: Bezeichnet die *medizinische Behandlung* einer *Krankheit im Ausland* oder einer *Verletzung*, die durch einen *Arzt* verschrieben wird und keine Einweisung in ein *Krankenhaus* erforderlich macht.

Arzt: Bezeichnet einen gesetzlich zugelassenen Arzt oder Chirurgen, der ordnungsgemäß registriert ist und im Rahmen seiner Zulassung gemäß den Gesetzen des Landes des *Zielorts* praktiziert und der weder zu den *Versicherten* noch zu den *nächsten Angehörigen* gehört.

Aufgegebenes Gepäck: Gepäck, für das das Beförderungsunternehmen verantwortlich ist und für das eine Quittung ausgestellt wurde.

Begünstigter: Bezeichnet die Person, die im Falle des *Todesfalls* Anspruch auf Versicherungsleistungen hat. Sofern dem *Versicherer* nicht schriftlich etwas anderes mitgeteilt wurde, werden die Versicherungsleistungen in der folgenden Reihenfolge bezahlt: (i) an den Ehepartner/die Ehepartnerin/den Lebensgefährten/die Lebensgefährtin des *Versicherten*, (ii) an die Kinder des *Versicherten* oder, wenn solche Angehörigen nicht existieren, (iii) an die rechtlichen Erben des *Versicherten* (den entsprechenden Anteilen entsprechend wie gesetzlich bzw. testamentarisch bestimmt).

Dauerhafte Behinderung: Bedeutet eine medizinisch festgestellte dauerhafte Beeinträchtigung der Körperfunktionen aufgrund einer *Verletzung*, die der *Versicherte* während einer *Reise* erlitten hat und die dem *Versicherten* der Fähigkeit nimmt, eine entgeltliche Tätigkeit auszuüben. Dauerhafte Behinderung umfasst sowohl physische als auch psychische dauerhafte Funktionsbeeinträchtigungen und muss durch ein *ärztliches Attest* nachgewiesen werden, das innerhalb von 15 Monaten nach dem *Unfall* ausgestellt werden muss. Die *dauerhafte Behinderung* muss innerhalb eines (1) Jahres nach dem *Unfall* eintreten. Der Grad der Behinderung wird auf Grundlage der Anlage zur Einschätzungsverordnung, BGBl. II Nr. 261/2010 festgestellt.

Dauerhafte Narbe im Gesicht: Bedeutet sichtbares Narbengewebe von mindestens 10 mm Länge, das sich zwischen Haaransatz und Unterkiefer befindet und aus einem *Unfallentstand* ist, der eine dauerhafte und signifikante Veränderung des *Erscheinungsbilds des Gesichts* des *Versicherten* verursacht. Die *dauerhafte Narbe im Gesicht* muss durch ein *ärztliches Attest* nachgewiesen werden, das innerhalb von 15 Monaten nach dem *Unfall* auszustellen ist.

Familienmitglied(er): Ehepartner/Ehepartnerin, Lebensgefährtin/Lebensgefährte des *Karteninhaber* sowie alle Kinder, Stiefkinder, Adoptiv- und Pflegekinder des *Karteninhabers* bis zum Alter von 23 Jahren, sofern sie im selben Haushalt wie der *Karteninhaber* leben, oder alle Kinder des *Karteninhabers*, die bei ihrem anderen Elternteil leben, wenn sie zusammen mit dem *Karteninhaber* reisen. Kinder bis zum Alter von 23 Jahren, die Vollzeit studieren oder eine Berufsausbildung absolvieren, sind ebenfalls versichert, wenn sie zusammen mit dem *Karteninhaber* reisen, auch wenn sie zu diesem Zeitpunkt nicht im selben Haushalt leben.

Flugunfall: Ein Unfall, der sich unmittelbar aus dem Betrieb eines Luftfahrzeugs ergibt und zu einer *Verletzung* oder *Todesfall* des *Versicherten* führt.

Gepäckstücke: Alle Gegenstände, die während der *Reise* mitgeführt werden, wie Handgepäck, *Wertgegenstände* und *aufgegebenes Gepäck*.

Gepäckverspätung: Siehe Definition in Abschnitt 6.4.

Heimatland: Das Land, in dem der *Karteninhaber* seinen *ständigen Wohnsitz* unterhält.

Hilfszentrum: Bezeichnet das Hilfszentrum der ROLAND Assistance GmbH, Deutz-Kalker-Straße 46, 50679 Köln. Genaue Angaben finden Sie im Abschnitt 8.1.

Karteninhaber: Der Inhaber einer *Kreditkarte*, der einen Kreditkartenvertrag mit der *Bank* abgeschlossen hat.

Krankheit im Ausland: *Krankheit im Ausland* bezeichnet eine Krankheit, Erkrankung oder einen pathologischen Zustand, die/der zu einer Beeinträchtigung der normalen physiologischen Funktion führt, die eine *medizinische Behandlung* durch einen *Arzt* verlangt, und die oder deren klare klinische Symptome während einer *Reise* einsetzen oder die auf Grundlage medizinischer Erfahrung als anderweitig während der *Reise* entstanden zu betrachten ist und für die der *Versicherte* während der *Reise* eine *medizinische Behandlung* erhalten hat. Eine Krankheit, Erkrankung oder ein pathologischer Zustand, der vor dem Beginn einer *Reise* erworben wurde, gilt nicht als *Krankheit im Ausland* im Sinne der AGB. Auch wenn eine Krankheit oder ein pathologischer Zustand während einer *Reise* diagnostiziert wird, gilt sie/er nicht als *Krankheit im Ausland* im Sinne der AGB, wenn ihre ersten Anzeichen vor Beginn der *Reise* aufgetreten sind. Nur *Reisen* ins Ausland sind abgedeckt, was bedeutet, dass eine Krankheit, Erkrankung oder ein pathologischer Zustand, die/der während einer *Reise* im *Heimatland* des/der *Versicherten* eine Behandlung erforderlich macht, nicht als *Krankheit im Ausland* im Sinne der AGB zu verstehen ist.

Krankenhaus: Eine im Land des *Zielorts* eingerichtete und ordnungsgemäß registrierte Einrichtung, die *medizinische Behandlung* anbietet und rund um die Uhr Pflegedienste durch registrierte diplomierte Krankenschwestern und -pfleger bereitstellt. Um als *Krankenhaus* im Sinne der AGB zu gelten, darf die Einrichtung nicht in erster Linie als Pflegeheim, Erholungs- oder Genesungsheim, Altersheim, Kureinrichtung, Zentrum für Alkoholismus- oder

Drogenabhängigkeitsbehandlung oder als Einrichtung für psychische oder Verhaltensstörungen dienen.

Kreditkarte: TF Mastercard Gold.

Medizinische Rückführung: Bezeichnet den Transport des *Versicherten* von dem *Krankenhaus*, in dem der *Versicherte* eine erste *medizinische Behandlung* erhalten hat, in das *Heimatland* des *Versicherten* zur weiteren *medizinischen Behandlung*.

Medizinische Behandlung: Jedes angemessene Verfahren medizinischer, therapeutischer oder diagnostischer Art, das medizinisch notwendig ist und von einem *Arzt* verordnet wurde. *Medizinische Behandlung* umfasst medizinische Beratung, Konsultation, Untersuchung, Pflege, Dienstleistung, Krankenhausaufenthalt, Untersuchungstests, Operation, verschreibungspflichtige Medikamente oder andere Behandlungen.

Mitreisende(r): Personen, die zusammen mit dem *Karteninhaber* reisen, wie durch die Reisedokumente ausgewiesen.

Mitversicherte(r): Die *Familienangehörigen* und *Mitreisenden* des *Karteninhabers*, die an der gleichen *Reise* teilnehmen und die gleiche Reiseroute gewählt haben, Reisezeiten und Unterkunft wie der *Karteninhaber*, vorausgesetzt, dass der *Karteninhaber* mehr als 50 % der *Reise* bezahlt hat. Die maximale Anzahl der Personen, die nach diesen AGB *mitversichert* sein können, beträgt vier (4) Personen.

Nächster Angehöriger: Ehegatte, Lebensgefährtin, Kind, Adoptiv- oder Pflegekind, Kind des Ehegatten oder Lebensgefährten, Enkelkind, Eltern, Schwiegereltern, Adoptiv- oder Pflegeeltern, Eltern des Lebensgefährten, Geschwister, Halbgeschwister oder Stiefgeschwister, Schwiegertochter oder Schwiegersohn des *Versicherten*. Wenn der *Karteninhaber* die *Reise* für sich selbst und einen *Mitreisenden* gebucht hat, gilt der *Mitreisende* auch als *nächster Angehöriger* im Sinne dieser AGB.

Persönliche Haftung: Siehe Definition in Abschnitt 6.7.

Reise: Eine Reise mit im Voraus gebuchtem Flug und/oder *Unterkunft*, wobei die Reise im EWR beginnt und endet.

Reiseabbruch: Siehe Definition in Abschnitt 6.2.

Reiserücktritt: Siehe Definition in Abschnitt 6.1.

Ruiniertes Urlaub: Siehe Definition in Abschnitt 6.3.

Stationäre Behandlung: Bezeichnet die Einweisung in ein *Krankenhaus* zur *medizinischen Behandlung* für einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden zur Behandlung einer *Krankheit im Ausland* oder einer *Verletzung*.

Sterbeurkunde: Bezeichnet ein amtliches Dokument, das den Eintritt eines Todesfalls bescheinigt. Das Dokument muss den Ort und den Zeitpunkt des Todes angeben. Wenn die *Sterbeurkunde* in einer anderen Sprache als Deutsch oder Englisch abgefasst ist, muss ihr eine beglaubigte deutsche Übersetzung beigefügt werden.

Ständiger Wohnsitz: Bezeichnet die Adresse, an der der *Karteninhaber* an mindestens 183 Tagen desselben Kalenderjahres wohnt.

Tickets: Vorbestellte Tickets, die vor der *Reise* für eine bestimmte Person und für eine bestimmte *Reise* bezahlt wurden. Monatskarten, Jahreskarten oder ähnliche Dokumente gelten nicht als *Tickets* im Sinne der AGB.

Todesfall: *Todesfall* bezeichnet den *Tod des Versicherten* durch einen *Unfall* innerhalb des Versicherungszeitraums.

Unfall: *Unfall* bezeichnet ein plötzliches, unvorhergesehenes und unfreiwilliges Ereignis, das durch äußere, sichtbare Gewalteinwirkung erfolgt und zu einer objektiv feststellbaren *Verletzung* des *Verletzten* führt. Nur *Unfälle*, die sich während einer *Reise* ereignen, sind durch die Versicherung gedeckt.

Unterkunft: Gemietetes Hotelzimmer, Apartment oder Haus für maximal 90 Tage.

Verletzung: Bezeichnet eine unerwartete und unvorhergesehene Schädigung des Körpers, die durch einen *Unfall* verursacht wurde und eine *medizinische Behandlung* durch einen *Arzt* erfordert.

Versicherer: Amtrust International Underwriters DAC, 6-8 College Green, Dublin 2 D02 VP48, Irland, Unternehmensregistrierungsnummer 169384, das in Österreich im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs tätig ist und von der Central Bank of Ireland (New Wapping Street; North Wall Quay; Dublin; D01 F7X3; Irland) reguliert wird.

Versicherungsfall: Das Ereignis, das die Verpflichtung des *Versicherers* zur Leistung auslöst.

Versicherungsnehmer: TF Bank (ein zweiter Firmenname von Avarada Bank AB (publ)); Reg.-Nr. 556158-1041), Box 947, 501 10 Borås, Schweden. Der *Versicherungsnehmer* wird in den AGB auch als *Bank* bezeichnet.

Versicherungszeitraum: Der *Versicherungszeitraum* entspricht der Gültigkeitsdauer der *Kreditkarte*.

Wertgegenstände: Kameras, Schmuck, Uhren, Perlen, Edelmetalle, Kunstwerke, Antiquitäten, elektronische Geräte, Musikinstrumente, Golfausrüstung, Pelze und Briefmarken. Andere als die in dieser Definition aufgeführten Gegenstände gelten nicht als *Wertgegenstände* im Sinne der AGB.

Zahnarzt: Bezeichnet einen rechtmäßig zugelassenen Zahnarzt oder Zahnchirurgen, der ordnungsgemäß registriert ist und im Rahmen seiner Zulassung gemäß den Gesetzen des Landes des *Zielorts* praktiziert.

Zielort: Das Ziel der *Reise*.

Zusätzliche Kosten: Kosten, die der *Karteninhaber* ausschließlich infolge eines *Versicherungsfalls* zu zahlen hat. Wenn die Kosten auch dann gezahlt worden wären, wenn der *Versicherungsfall* nicht eingetreten wäre, gelten diese Kosten nicht als *zusätzliche Kosten*.

Ärztliche Bescheinigung: Eine Bescheinigung, die von einem zugelassenen und unparteiischen *Arzt* ausgestellt wurde, der in dem betreffenden medizinischen Bereich praktiziert. Die Bescheinigung muss ordnungsgemäß datiert und unterzeichnet sein und eine genaue Beschreibung der Krankheit oder Verletzung enthalten, um als *ärztliche Bescheinigung* im Sinne der AGB zu gelten. Ist die *ärztliche Bescheinigung* in einer anderen Sprache als Deutsch oder Englisch abgefasst, muss ihr eine deutsche beglaubigte Übersetzung beigelegt werden.

Öffentliche Verkehrsmittel: Züge, Flugzeuge, Busse oder Schiffe im Linienverkehr, d. h. Verkehrsmittel, die für den Personenverkehr der Allgemeinheit bestimmt sind. *Öffentliche Verkehrsmittel* umfassen nicht andere Verkehrsmittel wie Taxis oder PKWs.

6. DECKUNG UND VERSICHERUNGSSUMME

6.1 Reiserücktritt

6.1.1 Bedingungen der Entschädigung

Vorbehaltlich der Einschränkungen in anderen Bestimmungen dieser AGB kann der *Versicherer* Leistungen nach Abschnitt 6.1.2 erbringen, wenn der *Versicherte* am Antritt einer *Reise* gehindert wird, weil:

- a) eine *akute schwere Krankheit*, ein *akuter schwerer Unfall* oder der Tod des *Versicherten* oder seiner *nächsten Angehörigen* eingetreten ist;
- b) ein unerwarteter Verlust des Arbeitsplatzes des *Versicherten* eingetreten ist, vorausgesetzt, dass das Arbeitsverhältnis mindestens sechs Monate vor dem Kauf der *Reise* begonnen hat; oder
- c) erhebliche Schäden z.B. Feuer, Wasserschäden oder Einbruchdiebstahl, am *ständigen Wohnsitz* des *Versicherten* eingetreten sind, die durch ein unvorhergesehenes Ereignis verursacht werden.

Bei einem *Reiserücktritt* deckt die Versicherung die Kosten für *Tickets* und *Unterkunft* bis zu der im nachstehenden Abschnitt 6.1.2 genannten Versicherungssumme, unabhängig davon, ob sie im Voraus oder als Stornogebühr bezahlt wurde. Die Versicherung deckt keine anderen sonstigen Kosten, die vor Beginn der *Reise* bezahlt wurden, oder die Buchung von Reiseleistungen. Vom Entschädigungsbetrag werden alle Leistungen abgezogen, auf die der *Versicherte* gegenüber dem Betreiber des *öffentlichen Verkehrsmittels*, dem Anbieter der *Unterkunft* und/oder einem Reiseveranstalter Anspruch hat oder hätte.

Die Voraussetzung für die Zahlung der Versicherungsleistungen ist, dass der *Versicherte* dem *Versicherer* alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung stellt, die er zur Beurteilung des Schadens benötigt (siehe Abschnitt 8.3 unten).

6.1.2 Leistung bei Reiserücktritt

Bei *Reisestornierung* ist die Entschädigung unabhängig von der Anzahl der *Versicherten* auf einen Höchstbetrag von 3.000,00 EUR pro *Reise* begrenzt.

6.1.3 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt 100,00 EUR pro Versichertem und Schadenfall.

6.1.4 Ausschlüsse

Der *Reiserücktritt* einer *Reise* ist nicht versichert, wenn:

- der Grund für den *Reiserücktritt* entstanden ist oder zu erwarten war, bevor die *Reise* gebucht und bezahlt wurde; oder
- die Krankheit oder der Unfall nicht als *akute schwere Krankheit* oder *akuter schwerer Unfall* zu betrachten ist.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Abschnitt 7 unten.

6.2 **Reiseabbruch**

6.2.1 Bedingungen der Entschädigung

Vorbehaltlich der Einschränkungen in anderen Bestimmungen dieser AGB kann der *Versicherer* Leistungen gemäß Abschnitt 6.2.2 erbringen, wenn die *Reise* für den *Versicherten* aus einem der folgenden Gründe abgebrochen wird:

- a) eine *akute schwere Krankheit*, ein *akuter schwerer Unfall* oder der Tod des *Versicherten* oder seiner *nächsten Angehörigen* eingetreten ist;
- b) ein unerwarteter Verlust des Arbeitsplatzes des *Versicherten* eingetreten ist, vorausgesetzt, dass das Arbeitsverhältnis mindestens sechs Monate vor dem Kauf der *Reise* begonnen hat; oder
- c) erhebliche Schäden z.B. Feuer, Wasserschäden oder Einbruchdiebstahl, am *ständigen Wohnsitz* des *Versicherten* eingetreten sind, die durch ein unvorhergesehenes Ereignis verursacht werden.

Bei *Reiseabbruch* deckt die Versicherung *zusätzliche Kosten*, die unmittelbar mit der *Rückkehr des Versicherten zum falschen Zeitpunkt* verbunden sind, sofern vor Antritt der *Reise* ein *Ticket* für die Rückreise gebucht wurde. Die Versicherung deckt auch *zusätzliche Kosten*, die dem *Ehepartner, der Ehepartnerin, dem Lebensgefährten oder der Lebensgefährtin des Versicherten* sowie den Kindern, Stief-, Adoptiv- und Pflegekindern des *Versicherten* bis zum Alter von 23 Jahren entstehen, die unmittelbar von dem *Reiseabbruch* betroffen sind, sofern diese Personen als *Versicherte* im Rahmen dieser Versicherung gelten.

Wenn die *Versicherten* aufgrund des *Reiseabbruchs* neue *Tickets* für die Rückreise buchen müssen, muss dies in derselben oder einer geringeren Reiseklasse erfolgen wie die ursprünglichen *Tickets* (wenn etwa das ursprüngliche *Ticket* in Economy gebucht war, sollte auch das neue *Ticket* in Economy gebucht werden).

Die Voraussetzung für die Zahlung der Versicherungsleistungen ist, dass der *Versicherte* dem *Versicherer* alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung stellt, die er zur Beurteilung des Schadens benötigt (siehe Abschnitt 8.3 unten).

6.2.2 Leistung bei Reiseabbruch

Bei einem *Reiseabbruch* ist die Entschädigung unabhängig von der Anzahl der *Versicherten* auf einen Höchstbetrag von 3.000,00 EUR pro *Reise* begrenzt.

6.2.3 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt 100,00 EUR pro Versichertem und Schadenfall.

6.2.4 Ausschlüsse

Der Abbruch einer *Reise* ist nicht versichert, wenn

- der Grund für den *Reiseabbruch* entstanden ist oder zu erwarten war, bevor die *Reise* gebucht und bezahlt wurde; oder
- die Krankheit oder der Unfall nicht als *akute schwere Krankheit* oder *akuter schwerer Unfall* zu betrachten ist.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Abschnitt 7 unten.

6.3 **Ruiniertes Urlaub**

6.3.1 Bedingungen der Entschädigung

Vorbehaltlich der in anderen Bestimmungen dieser AGB genannten Einschränkungen kann der *Versicherer* Leistungen gemäß Abschnitt 6.2.2 erbringen, wenn der *Versicherte* aus einem der folgenden Gründe nicht in der Lage ist, an den Aktivitäten teilzunehmen, die der Hauptzweck der *Reise* waren:

- a) *stationäre Behandlung*;
- b) *ambulante Behandlung*; oder
- c) *medizinische Rückführung*.

Im Falle eines *ruinierten Urlaubs* deckt die Versicherung die *Versicherten* Kosten für *Tickets* und *Unterkunft*, die vor Antritt der *Reise* bezahlt wurden. Die Entschädigung wird für jeden ruinierten Tag gezahlt. Sie wird auf Grundlage der durchschnittlichen Tageskosten für *Tickets* und *Unterkunft* berechnet. Die durchschnittlichen Tageskosten für *Tickets* und *Unterkunft* werden ermittelt, indem die ursprünglichen Gesamtkosten für *Tickets* und *Unterkunft* durch die ursprüngliche Anzahl der Tage der *Reise* geteilt werden. Wenn mehr als 50 % der *Reise* ruiniert sind, deckt die Versicherung eine Ersatzreise.

Die Voraussetzung für die Zahlung der Versicherungsleistungen ist, dass der *Versicherte* dem *Versicherer* alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung stellt, die er zur Beurteilung des Schadens benötigt (siehe Abschnitt 8.3 unten).

6.3.2 Leistung im Falle eines ruinierten Urlaubs

Bei einem *ruinierten Urlaub* ist die Entschädigung unabhängig von der Anzahl der *Versicherten* auf einen Höchstbetrag von 3.000,00 EUR pro *Reise* begrenzt.

6.3.3 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt 100,00 EUR pro Versichertem und Schadenfall.

6.3.4 Ausschlüsse

Der Abbruch einer *Reise* ist nicht versichert, wenn

- der Grund für den *ruinierten Urlaub* entstanden ist oder zu erwarten war, bevor die *Reise* gebucht und bezahlt wurde.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Abschnitt 7 unten.

6.4 Gepäckverspätung

6.4.1 Bedingungen der Entschädigung

Vorbehaltlich der Beschränkungen, die in anderen Bestimmungen dieser AGB aufgeführt sind, kann der *Versicherer* Leistungen gemäß Abschnitt 6.4.2 erbringen, wenn das *aufgegebene Gepäck* des *Versicherten* nicht innerhalb von sechs (6) Stunden nach Ankunft des *Versicherten* an ihrem *Zielort* angekommen ist („*Gepäckverspätung*:“). Die Versicherung deckt keine *Gepäckverspätung*, die auf der Rückreise vom *Zielort* entsteht.

Bei einer *Gepäckverspätung* deckt die Versicherung *weitere Kosten*, die direkt mit der *Gepäckverspätung* verbunden sind, wie etwa Kosten für die erforderliche Kleidung und Toilettenartikel, die mit der *Kreditkarte* des *Karteninhabers* bezahlt werden. Die Notwendigkeit der erworbenen Gegenstände ist im Hinblick auf den Zweck der *Reise* zu beurteilen. Die erworbenen Gegenstände müssen vor der Erhalt des Gepäcks gekauft werden.

Die Voraussetzung für die Zahlung der Versicherungsleistungen ist, dass der *Versicherte* dem *Versicherer* alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung stellt, die er zur Beurteilung des Schadens benötigt (siehe Abschnitt 8.3 unten).

6.4.2 Leistung im Falle einer Gepäckverspätung

Bei *Gepäckverspätung* ist die Entschädigung auf einen Höchstbetrag von 150,00 EUR pro *Versichertem* und *Schadensfall* begrenzt (dieser Höchstbetrag gilt für das gesamte *Gepäck* desselben *Versicherten*), unabhängig von der Anzahl der *Versicherten*.

6.4.3 Selbstbehalt

Für die *Gepäckverspätung* gilt kein Selbstbehalt.

6.4.4 Ausschlüsse

Verspätetes *aufgegebenes Gepäck* ist nicht versichert, wenn:

- das *aufgegebene Gepäck* vom Zoll oder den Behörden beschlagnahmt wurde;
- die *Gepäckverspätung* auf einen Streik oder eine Arbeitsniederlegung zurückzuführen ist, die dem *Versicherten* vor Antritt der *Reise* bekannt war;
- die *Gepäckverzögerung* auf das Verhängen eines Flugverbots oder einer anderen behördlichen Maßnahme zurückzuführen ist, die dem *Versicherten* vor Antritt der *Reise* bekannt war; oder
- das *aufgegebene Gepäck* sich auf der Rückreise vom *Zielort* verspätet hat.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Abschnitt 7 unten.

6.5 Transportverzögerung

6.5.1 Bedingungen der Entschädigung

Vorbehaltlich der Einschränkungen in anderen Bestimmungen dieser AGB kann der *Versicherer* Leistungen gemäß Abschnitt 6.5.2 erbringen, wenn das *öffentliche Verkehrsmittel des Versicherten*, das während der *Reise* nach dem Abfahrtsort benutzt werden soll, mehr als sechs (6) Stunden Verspätung hat und innerhalb dieses Zeitraums keine zumutbaren alternativen *öffentlichen Verkehrsmittel* zur Verfügung stehen.

Die Versicherung deckt nur *zusätzliche Kosten*, die direkt mit der *Verspätung im öffentlichen Verkehr* verbunden sind, wie etwa Kosten für Speisen und Getränke, die mit der *Kreditkarte* des *Karteninhabers* bezahlt wurden.

Leistungen können auch erbracht werden, wenn der *Versicherte* seinen Abreiseort erst nach der vom Betreiber des *öffentlichen Verkehrsmittels* erlaubten spätesten Zeit erreicht und dadurch die ursprünglich geplante und gebuchte Abfahrt aus dem Heimatland des *Versicherten* verpasst, sofern es keine zumutbaren alternativen *öffentlichen Verkehrsmittel* gibt. Bei einer verpassten Abfahrt deckt die Versicherung nur die angemessenen und notwendigen zusätzlichen Kosten für den Erwerb neuer Tickets, die dem Standard der ursprünglichen Buchung entsprechen, um Ihren endgültigen Zielort zu erreichen.

Für verpasste Abfahrten besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn die verpasste Abfahrt auf eines der folgenden unvorhersehbaren und unabwendbaren Ereignisse zurückzuführen ist:

- a) *Öffentliche Verkehrsmittel*, die den *Versicherten* nicht zu seinem *Abfahrtsort* bringen können, weil die Witterungsbedingungen schlecht sind, ein mechanisches Versagen vorliegt oder direkt in einen Verkehrsunfall verwickelt sind; oder
- b) das private Kraftfahrzeug, in dem der *Versicherte* unterwegs ist, auf dem Weg zum *Abfahrtsort* unmittelbar in einen Verkehrsunfall oder eine Fahrzeugpanne verwickelt wird.

Die Voraussetzung für die Zahlung der Versicherungsleistungen ist, dass der *Versicherte* dem *Versicherer* alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung stellt, die er zur Beurteilung des Schadens benötigt (siehe Abschnitt 8.3 unten).

6.5.2 Leistung bei Transportverspätung oder verpasster Abfahrt

Bei *Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel* ist die Entschädigung unabhängig von der Anzahl der *Versicherten* auf maximal 85,00 EUR pro *Versichertem* und 250,00 EUR pro *Reise* begrenzt.

Bei *verpasstem Abflug* ist die Entschädigung unabhängig von der Anzahl der *Versicherten* auf maximal 300,00 EUR pro *Versichertem* und 1.500,00 EUR pro *Reise* begrenzt.

6.5.3 Selbstbehalt

Für *Transportverzögerungen* findet kein Selbstbehalt Anwendung.

6.5.4 Ausschlüsse

Verspätete *öffentliche Verkehrsmittel* sind nicht versichert, wenn:

- der *Versicherte* freiwillig auf seinen Sitzplatz oder seine Fahrkarte verzichtet und dafür eine Entschädigung vom *Öffentlichen Verkehrsunternehmen* erhält;
- die Verspätung darauf zurückzuführen ist, dass der *Versicherte* nicht zu der auf dem *Ticket* angegebenen Zeit am *Abfahrtsort* eingeecheckt hat, obwohl er den entsprechenden *Abfahrtsort* erreicht hat;
- der Betreiber des *öffentlichen Verkehrsmittels* kann ein alternatives *öffentliches Verkehrsmittel*, ein Taxi oder ein anderes Transportmittel, wie etwa einen PKW, zur Verfügung stellen, das innerhalb von sechs (6) Stunden nach der ursprünglich geplanten *Abfahrtszeit* abfährt;
- die Verspätung auf einen Streik oder einen Arbeitskampf zurückzuführen ist, der dem *Versicherten* vor Antritt der *Reise* bekannt war;
- die Verspätung auf die Verhängung eines Flugverbots oder eine andere Maßnahme der Behörden zurückzuführen ist, die dem *Versicherten* vor Antritt der *Reise* bekannt war;
- die Verspätung auf widrige Witterungsverhältnisse zurückzuführen ist, die am oder vor dem Tag des Reiseantritts des *Versicherten* begonnen haben oder öffentlich bekannt gegeben wurden;
- die offizielle Mindestabfertigungszeit, d. h. die vom Luftfahrtunternehmen im Fahrplan angegebene Mindestumsteigezeit, bei verpasster *Abfahrt* nicht eingehalten wurde; oder
- der Betreiber des *öffentlichen Verkehrsmittels* verpflichtet ist, neue *Tickets* zu bezahlen oder zu erstatten, weil Gesetze, Verordnungen, Konventionen oder Schadensersatzansprüche dies erfordern.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Abschnitt 7 unten.

6.6 **Verlust oder Beschädigung von Gepäckstücken**

6.6.1 Bedingungen der Entschädigung

Vorbehaltlich der Einschränkungen in anderen Bestimmungen dieser AGB kann der *Versicherer* Leistungen nach Abschnitt 6.6.2 erbringen, wenn ein *Gepäckstück* auf einer *Reise* verloren geht, gestohlen oder beschädigt wird. Bei Verlust von *Gepäckstücken* muss der *Versicherte* alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, um es wieder in Besitz zu nehmen und den Schadensfall zu melden.

Bei Verlust des *Gepäcks* oder Beschädigung desselben deckt die Versicherung *zusätzliche Kosten*, die in direktem Zusammenhang mit Verlust oder Beschädigung des *Gepäcks* stehen, wie etwa die Kosten für den Ersatz oder die Reparatur des betroffenen *Gepäcks*. Es ist wichtig zu wissen, dass nur direkte finanzielle Verluste gedeckt sind, was bedeutet, dass die Höhe der Entschädigung durch Faktoren wie Alter, Abnutzung und Gesamtzustand des

Gepäckstücks beeinflusst werden kann. Indirekte Schäden, einschließlich des ideellen Wertes, des Verdienstauffalls und anderer nicht finanzieller Verluste, sind nicht versichert.

Der *Versicherer* hat das Recht, die Form der Entschädigung zu bestimmen, sei es durch eine Barzahlung, eine Reparatur oder einen Ersatz-*Gepäckstück*. Ein ersetztes *Gepäckstück* kann entweder ein neues Stück oder ein aufgearbeitetes Stück sein. Entscheidet sich der *Versicherer* für eine Reparatur, so erfolgt diese von einem vom *Versicherer* benannten Dienstleister.

Die Voraussetzung für die Zahlung der Versicherungsleistungen ist, dass der *Versicherte* dem *Versicherer* alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung stellt, die er zur Beurteilung des Schadens benötigt (siehe Abschnitt 8.3 unten).

6.6.2 Leistung bei Verlust oder Beschädigung des Gepäcks

Bei Verlust oder Beschädigung von *Gepäckstücken* ist die Entschädigung unabhängig von der Anzahl der *Versicherten* und der Anzahl der *Gepäckstücke* auf maximal 2.500,00 EUR pro *Versichertem* und 3.000,00 EUR pro *Reise* begrenzt. Die Entschädigung für die folgenden *Gepäckstücke* unterliegt ebenfalls den folgenden individuellen Höchstbeträgen (Höchstbeträge pro *Reise*, unabhängig von der Anzahl der *Versicherten*):

- maximal 1.000,00 EUR für *Wertgegenstände*;
- maximal 600,00 EUR für Reisedokumente wie *Tickets* und Pässe; und
- maximal 350,00 EUR Bargeld.

Im Falle einer Reparatur ist die Entschädigung auf maximal 50 % des empfohlenen Verkaufspreises (UVP) des beschädigten *Gepäckstücks* begrenzt.

6.6.3 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt 100,00 EUR pro *Versichertem* und Schadenfall.

6.6.4 Ausschlüsse

Verlust oder Beschädigung von *Gepäck* ist nicht versichert, wenn:

- das *Gepäck* aus *Wertgegenständen* oder anderen zerbrechlichen Gegenständen besteht, die als *aufgegebenes Gepäck* transportiert wurden;
- die *Gepäckstücke* über Nacht (22:00 – 06:00) unbeaufsichtigt in einem Kraftfahrzeug, einem Zelt oder einem Boot zurückgelassen wurden;
- die *Gepäckstücke* unbeaufsichtigt in einem unverschlossenen Kraftfahrzeug zurückgelassen worden sind;
- die Beschädigung auf den normalen Gebrauch des *Gepäckstücks* zurückzuführen ist oder durch Verschleiß, Kratzer oder unzureichenden Schutz verursacht wurde;
- die Beschädigung darauf zurückzuführen ist, dass das *Gepäckstück* repariert, gereinigt oder verändert wurde;

- der Verlust von Bargeld, *Wertgegenständen*, Pässen oder Reisedokumenten darauf zurückzuführen ist, dass sie vergessen, verloren oder verlegt wurden oder in die Obhut einer anderen Person gegeben wurden, die nicht der unmittelbaren Kontrolle und Aufsicht des *Versicherten* unterliegt; oder
- das *Gepäck* vom Zoll oder den Behörden beschlagnahmt wurde;

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Abschnitt 7 unten.

6.7 Private Haftpflichtversicherung für Schäden im Ausland

6.7.1 Bedingungen der Entschädigung

Vorbehaltlich der Beschränkungen, die in anderen Bestimmungen dieser AGB dargelegt sind, entschädigt der *Versicherer* den *Versicherten* für die Beträge, die der *Versicherte* gegenüber Dritten für die Wiederherstellung von Schäden in Bezug auf einen Schadensfall oder eine Reihe von Schadensfällen, die sich aus einem einzigen Ereignis oder einer ursprünglichen Ursache ergeben, zu zahlen hat:

- a) unfallbedingte Körperverletzung oder Tod einer Person, die kein *Versicherter*, *Mitversicherter*, *Familienangehöriger*, Verwandter oder *Mitreisender* ist („**Körperverletzung**“); oder
- b) unfallbedingter Verlust von oder Schaden an Eigentum, das nicht dem *Karteninhaber*, einem *Versicherten*, einem *Mitversicherten*, einem *Familienangehörigen*, einem Verwandten oder einem *Mitreisenden* gehört und sich nicht in dessen Obhut oder unter dessen Kontrolle befindet („**Sachschäden**“).

Sachschäden und *Körperverletzungen* werden in diesem Abschnitt 6.7 zusammen als „**Beschädigung/Schäden**“ bezeichnet.

Der Versicherungsschutz besteht nur, wenn der *Versicherte* den *Schaden schuldhaft verursacht hat* und/oder für den verursachten *Schaden* nach geltendem Recht verantwortlich ist. Erforderliche Rechtsbeistandskosten werden ersetzt, wenn sie für den Nachweis der Nichthaftung des *Versicherten* oder für die Feststellung der mit der *Beschädigung* **zusammenhängenden Umstände erforderlich sind**. Es werden nur solche Rechtsbeistandskosten erstattet, die zuvor mit dem *Versicherer* vereinbart wurden.

Wenn mehrere *Schäden* gleichzeitig eintreten, werden alle *Schäden* als derselbe *Versicherungsfall* betrachtet.

Die Zahlung von Versicherungsleistungen setzt voraus, dass der *Versicherte* dem *Versicherer* alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung stellt, die er zur Beurteilung des Schadens benötigt (siehe Abschnitt 8.3 unten).

6.7.2 Anwendbare Höchstgrenze für die persönliche Haftung

Der Betrag der *persönlichen Haftung* ist auf Entschädigung von maximal 350.000,00 EUR je *Versicherungsfall* begrenzt.

6.7.3 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt 100,00 EUR pro *Versichertem* und Schadensfall.

6.7.4 Ausschlüsse

Bei *persönlicher Haftung* werden keine Leistungen für *Schäden* gezahlt:

- die dem *Karteninhaber*, einem *Versicherten*, einem *Mitversicherten*, einem *Familienangehörigen*, einem Verwandten oder einem *Mitreisenden* entstehen;
- die aufgrund eines Angriffs oder einer Schlägerei oder im Zusammenhang mit einem anderen tatsächlichen oder versuchten Verbrechen entstehen,
- die an Sachen entstehen, die sich zum Zeitpunkt der Handlung oder Fahrlässigkeit unter der Kontrolle des *Karteninhabers*, eines *Versicherten*, eines *Mitversicherten*, eines *Familienangehörigen*, eines Verwandten oder eines *Mitreisenden* befanden oder noch befinden, entweder ausgeliehen oder anderweitig durch den *Karteninhaber*, einen *Versicherten*, einen *Mitversicherten*, einen *Familienangehörigen*, einen Verwandten oder einen *Mitreisenden* zu dessen Gunsten gehandhabt wird;
- die aufgrund von Abnutzung und Verschleiß entstehen;
- die durch den Besitz oder die Benutzung eines Kraftfahrzeugs, eines motorisierten-angetriebenen Geräts oder eines Schiffs, Boots oder Flugzeugs verursacht werden;
- die dadurch verursacht werden, dass ein Schiff, Boot oder Luftfahrzeug seine Reiseroute/ seinen Kurs aufgrund von *Verletzungen* des *Versicherten* oder deren Handlungen ändern muss;
- die durch die Ausbreitung einer Infektionskrankheit verursacht werden;
- die von dem *Versicherten* in Ausübung seines Berufes, Gewerbes oder seiner sonstigen Erwerbstätigkeit verursacht werden;
- für die die Haftung auf einer Vereinbarung, einer Verpflichtung, einem Versprechen oder einer Garantie beruht;
- für die der *Versicherte* in seiner Eigenschaft als Eigentümer oder Bewohner eines Gebäudes haftet; oder
- die durch eine andere gültige Haftpflichtversicherung des *Versicherten* gedeckt sind, gegenüber der diese Deckung übergreifend wirkt.

Um Zweifel auszuschließen: Die Versicherung deckt keine reinen Vermögensschäden, d. h. Schäden, die nicht mit *Körperverletzung* oder *Sachschäden* in Zusammenhang stehen.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Abschnitt 7 unten.

6.8 Krankheit und Verletzung

6.8.1 Bedingungen der Entschädigung

Vorbehaltlich der Einschränkungen in anderen Bestimmungen dieser AGB kann der *Versicherer* die Deckung gemäß Abschnitt 6.8.2 gewähren, wenn der *Versicherte* eine *Verletzung* oder eine *Krankheit im Ausland* erleidet. Versichert sind nur *Reisen* ins Ausland, d. h. für *medizinische Behandlungen* im Heimatland des *Versicherten* werden keine Versicherungsleistungen erbracht. Nur *zusätzliche Kosten* werden von der Versicherung übernommen. Der Versicherungsschutz für *Krankheit und Verletzung* beginnt, sobald der *Versicherte* die Grenze ihres *Heimatlandes* überschritten hat.

Heilbehandlungskosten, die durch eine *Verletzung* oder *Krankheit im Ausland* entstehen, werden in dem Umfang erstattet, in dem sie in einem Zeitraum von bis zu 90 Tagen, gerechnet ab dem Tag, an dem der *Versicherte* die Grenze zu seinem *Heimatland* überschritten hat, entstanden sind. Falls der *Versicherte* gezwungen ist, sich über die eigentliche Deckungsdauer von 90 Tagen hinaus am *Zielort* aufzuhalten, kann die Deckungsdauer um weitere 30 Tage verlängert werden, sodass insgesamt eine maximale Deckungsdauer von 120 Tagen erreicht wird.

Die Versicherung deckt private und öffentliche *Krankenhäuser* ab. Wenn sowohl private als auch öffentliche *Krankenhäuser* zur Verfügung stehen und eine *medizinische Behandlung* von akzeptablem Standard anbieten, ist den öffentlichen *Krankenhäusern* der Vorzug zu geben.

Wenn der *Versicherten* eine *Verletzung* oder eine *Krankheit im Ausland* erleidet, ist Folgendes versichert:

- a) notwendige und dringende *medizinische Behandlung*, die von einem *Arzt* entsprechend der allgemein anerkannten örtlichen medizinischen Praxis durchgeführt oder verordnet wird, und alle angemessenen und notwendigen Kosten im Zusammenhang mit der Beförderung des *Versicherten* zum nächstgelegenen geeigneten Ort der *medizinischen Behandlung*, wenn der *Versicherer* eine solche Beförderung aufgrund fehlender *medizinischer Behandlungsmöglichkeiten* am aktuellen Ort der *medizinischen Behandlung* für notwendig und ratsam hält;
- b) angemessene und notwendige Kosten im Zusammenhang mit *medizinischen Rücktransporten*, wenn der *Versicherer* einen solchen Transport für medizinisch notwendig und ratsam hält;
- c) Medikamente, die von einem *Arzt* verschrieben und mit Erlaubnis einer pharmazeutischen Einrichtung verkauft werden, vorausgesetzt, dass die Medikamente zur *medizinischen Behandlung* im Zusammenhang mit der *Verletzung* oder *Krankheit im Ausland* während der *Reise* verschrieben werden;
- d) Mobilitätshilfen oder ähnliche Hilfsmittel, die von einem *Arzt* zur *medizinischen Behandlung* im Zusammenhang mit der *Verletzung* oder *Krankheit im Ausland* während der *Reise* verschrieben werden;

- e) notwendige *akute Zahnbehandlung*, die von einem *Zahnarzt* vorgenommen oder verordnet wird;
- f) angemessene und notwendige Kosten für *Verpflegung* und *Unterkunft* im Falle einer *stationären Behandlung* oder *ambulanten Behandlung*;
- g) angemessene und notwendige Kosten, die den *Versicherten* für *zusätzliche Kosten* im Zusammenhang mit der Wiederaufnahme der ursprünglichen Reiseroute entstehen, die aufgrund eines *Unfalls* oder einer *Krankheit im Ausland* unterbrochen wurde;
- h) angemessene und notwendige Kosten eines *Mitversicherten*, der den *Versicherten* am *Zielort* aufgrund einer *Verletzung* oder *Krankheit im Ausland* begleitet;
- i) die Kosten für die Bestattung oder Einäscherung des *Versicherten* am *Zielort* und/oder für die Überführung zum ständigen Wohnsitz des *Versicherten* bei Tod des *Versicherten* infolge von *Verletzung* oder *Krankheit im Ausland*.

Die Voraussetzung für die Zahlung der Versicherungsleistungen ist, dass der *Versicherte* dem *Versicherer* alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung stellt, die er zur Beurteilung des Schadens benötigt (siehe Abschnitt 8.3 unten).

6.8.2 Leistungen bei Krankheit und Verletzung

Bei *Krankheit und Verletzung* ist die Entschädigung auf einen Höchstbetrag von 1.000.000,00 EUR pro *Versichertem* begrenzt.

Die folgenden Untergrenzen und Beschränkungen gelten jedoch wie folgt:

Medizinische Behandlung

Die Kostenübernahme für *medizinische Behandlungen* ist auf angemessene und notwendige Kosten beschränkt.

Medizinische Rückführung

Der Versicherungsschutz für die *medizinischen Rückführung* ist auf angemessene und notwendige Kosten beschränkt.

Akute Zahnbehandlung

Die Kostenübernahme für *akute Zahnbehandlung* ist auf die angemessenen und notwendigen Kosten (bis zu einem Gesamthöchstbetrag von 5.000,00 EUR) begrenzt.

Stationäre Behandlung

Die Kostenübernahme für *stationäre Behandlung* ist auf angemessene und notwendige Kosten für *Verpflegung* und *Unterkunft* beschränkt. Übernimmt jedoch ein anderer Kostenträger diese Kosten teilweise, gilt ab Beginn der stationären Behandlung eine Untergrenze von 200,00 EUR pro Tag (bis zu einem Gesamthöchstbetrag von 20.000,00 EUR).

Ambulante Behandlung

Die Kostenübernahme für *ambulante Behandlung* ist auf angemessene und notwendige Kosten für *Verpflegung* und *Unterkunft* beschränkt. Die Entschädigung ist auf

200,00 EUR pro Tag bis zu einem Gesamtbetrag von maximal 2.000,00 EUR begrenzt.

Begleitender Familienangehöriger

Die Deckung angemessener und notwendiger Kosten, die *Familienangehörigen*, die den *Versicherten* am *Zielort* begleiten, aufgrund einer *Verletzung* oder *Krankheit im Ausland des Versicherten* entstehen, ist auf 120,00 EUR pro Tag begrenzt, bis zu einem Gesamthöchstbetrag von 3.000,00 EUR.

Rückkehr auf die ursprüngliche Reiseroute

Der Versicherungsschutz beschränkt sich auf angemessene und notwendige *zusätzliche Kosten*, die in direktem Zusammenhang mit dem *Versicherten* stehen, um die ursprüngliche Reiseroute fortzusetzen (bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 3.000,00 EUR).

Beerdigungskosten am Zielort

Die Deckung für die Bestattung oder Einäscherung des *Versicherten* am Zielort ist auf einen Höchstbetrag von 10.000,00 EUR begrenzt.

Rückführung im Todesfall

Die Deckung für den Transport eines verstorbenen *Versicherten* in sein Heimatland ist auf einen Höchstbetrag von 10.000,00 EUR begrenzt.

6.8.3 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt 100,00 EUR pro *Versichertem* und Schadenfall.

6.8.4 Ausschlüsse

In Bezug auf *Verletzungen und Krankheiten* sind die folgenden Punkte nicht versichert:

- *Medizinische Behandlung* bei chronischen Krankheiten und/oder Krankheiten, die bereits vor Antritt der *Reise* erstmals aufgetreten sind und/oder diagnostiziert wurden, es sei denn, der *Versicherte* kann eine *ärztliche Bescheinigung* eines zugelassenen *Arztes* vorlegen, laut der der *Versicherte* als reisefähig angesehen wurde, ohne dass eine ärztliche oder zahnärztliche Behandlung und/oder eine stationäre Behandlung erforderlich wäre (wobei die Deckung für chronische Krankheit in jedem Fall ausgeschlossen ist);
- *Medizinische Behandlung*, die bereits vor Antritt der *Reise* geplant war;
- *Medizinische Behandlung* aufgrund einer selbst zugefügten Krankheit, einer selbst zugefügten Verletzung oder eines Suizidversuchs;
- *Medizinische Behandlung* von Geschlechtskrankheiten, Diagnostik und Behandlung von HIV und/oder durch HIV verursachten Krankheiten;
- kosmetische Behandlungen/Operationen oder dadurch verursachte Verletzungen oder Krankheiten.

Wenn eine Deckung durch das Krankenversicherungssystem oder andere gesetzliche Mittel, wie etwa Statuten, Konventionen oder Schadenersatz, möglich ist, ist der Versicherer nur für die Deckung der verbleibenden Kosten nach Abzug des

Betrags, den er von diesen alternativen Deckungsquellen erhalten hat, verantwortlich.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Abschnitt 7 unten.

6.9 Behinderung und Todesfälle

6.9.1 Bedingungen der Entschädigung

Vorbehaltlich der in anderen Bestimmungen dieser AGB genannten Einschränkungen, kann der *Versicherer* Leistungen gemäß Abschnitt 6.9.2 erbringen, wenn der *Versicherte* durch einen *Unfall*, der sich während der *Reise* ereignet hat, eine *dauerhafte Behinderung* erleidet oder *verstirbt*.

Versicherungsleistungen, die dem *Versicherten* für *dauerhafte Behinderung* bezahlt werden, werden von den Versicherungsleistungen bei *Todesfall* abgezogen, wenn der *Todesfall* durch denselben *Unfall* verursacht wurde und der Tod innerhalb von 12 Monaten nach dem *Unfall* eintritt (Frist, nach der der *Todesfall* nicht mehr als Folge des *Unfalls* angesehen wird).

Bei *dauerhafter Behinderung* werden die Versicherungsleistungen als Prozentsatz der für den *Versicherten* maßgeblichen Versicherungssumme bestimmt, die sich nach dem Grad der Invalidität (dieser ist auf Grundlage der Anlage zur Einschätzungsverordnung, BGBl. II Nr. 261/2010 zu bemessen) richtet. Die anwendbare Versicherungssumme variiert je nach Alter des *Versicherten*, siehe Abschnitt 6.9.2. Beispiel: Wenn der *Versicherte* 50 Jahre alt ist und eine *dauerhafte Behinderung* von 40 % erleidet, erhält der *Versicherte* eine *Versicherungsleistung* von 16.000,00 EUR (40 % x 40.000,00 EUR).

Bei *dauerhaften Narben im Gesicht* infolge eines *Unfalls* erhält der *Versicherte* eine *Versicherungsleistung* von 2.500 EUR.

Die Voraussetzung für die Zahlung der Versicherungsleistungen ist, dass der *Versicherte* dem *Versicherer* alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung stellt, die er zur Beurteilung des Schadens benötigt (siehe Abschnitt 8.3 unten).

6.9.2 Leistungen bei dauerhafter Behinderung oder im Todesfall

Bei *dauerhafter Behinderung* beträgt die Versicherungssumme 40.000,00 EUR pro *Versichertem*, die mit dem nach dem Grad der Behinderung bestimmten Prozentsatz zu multiplizieren ist. Zusammengefasst gelten im Falle einer dauerhaften Invalidität die folgenden Ober- und Untergrenzen:

Behinderung aufgrund eines Unfalls (0 – 67 Jahre alt)

Die Versicherungssumme für *dauerhafte Behinderung* aufgrund eines *Unfalls* beträgt 40.000,00 EUR.

Behinderung aufgrund eines Unfalls (68 – 75 Jahre alt)

Die Versicherungssumme für *dauerhafte Behinderung* infolge eines *Unfalls* beträgt 40.000,00 EUR, jedoch gilt für die des *Versicherten* ausgezahlte Entschädigung eine Untergrenze von 12.500,00 EUR.

Bei *Todesfällen* kommt die folgende Versicherungssumme zur Anwendung:

Todesfall durch Unfall (0 – 17 Jahre alt)

Die Versicherungssumme für einen Todesfall durch einen *Unfall* beträgt 6.500,00 EUR.

Todesfall durch Unfall (18 – 67 Jahre alt)

Die Versicherungssumme für einen Todesfall durch einen *Unfall* beträgt 40.000,00 EUR.

Todesfall durch Unfall (68 – 75 Jahre alt)

Die Versicherungssumme für einen Todesfall durch einen *Unfall* beträgt 12.500,00 EUR.

Bei *dauerhaften Narben im Gesicht* kommt folgende Versicherungssumme zur Anwendung:

Dauerhafte Narben im Gesicht (0 – 75 Jahre alt)

Die Versicherungssumme für *dauerhafte Narben im Gesicht* infolge eines *Unfalls* beträgt 2.500,00 EUR.

6.9.3 Selbstbehalt

Für *Behinderung und Todesfälle* kommt kein Selbstbehalt zur Anwendung.

6.9.4 Ausschlüsse

In Bezug auf *Behinderung und Todesfälle* wird keine Entschädigung gezahlt, wenn der *Unfall* durch eines der folgenden Ereignisse verursacht wurde:

- Bewusstseinsstörungen, einschließlich Schlaganfall, Epilepsie oder andere Krampfanfälle;
- Gesundheitsstörungen, die durch eine ärztliche Behandlung oder ein anderes Verfahren verursacht wurden, es sei denn, die ärztliche Behandlung oder die verfahrenstechnischen Maßnahmen waren für die Behandlung der *Verletzung* notwendig;
- Alle Infektionen, es sei denn, Krankheitserreger sind durch einen *Unfall* (auch durch eine Punktion) in den Körper gelangt;
- Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen toxischen oder psychotropen Substanzen;
- Verkehrsunfälle, wenn der *Versicherte* ein Kraftfahrzeug ohne die für dieses Kraftfahrzeug vorgeschriebene Zulassung geführt hat oder wenn der *Versicherte* das Kraftfahrzeug in einer Weise oder zu einem Zweck geführt hat, für den das Kraftfahrzeug nicht bestimmt war;
- Pathologische Knochenbrüche oder wiederkehrende Knochenbrüche, wenn der vorherige Bruch nicht vollständig verheilt ist;
- Autorennen, bei denen zwei oder mehr Personen mit Kraftfahrzeugen gegeneinander antreten und an denen der *Versicherte* als Fahrer, Beifahrer oder Mitfahrer teilgenommen hat;
- Berufssport und/oder Ausbildung im Zusammenhang mit dem Berufssport;
- Extremsportarten wie z. B. Bergsteigen, Klettern und Tauchen;

- Arbeitsbezogene Aktivitäten;
- Verwendung eines Luftfahrzeugs als Pilot;
- Benutzung eines Segelflugzeugs, einer Flugzeugzelle oder eines Hängegleiters als Pilot, Kopilot oder Passagier;
- Fallschirmspringen; oder
- Benutzung eines als Fahrgastschiff registrierten Wasserfahrzeugs.

Wenn eine Entschädigung durch das Krankenversicherungssystem oder andere gesetzliche Mittel, wie etwa Statuten, Konventionen oder Schadenersatz, möglich ist, ist der Versicherer nur für die Deckung der verbleibenden Kosten nach Abzug des Betrags, den er von diesen alternativen Entschädigungsquellen erhalten hat, verantwortlich.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Abschnitt 7 unten.

7. ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

Die folgenden Ausschlüsse gelten für alle in Abschnitt 6 beschriebenen Deckungen.

Der *Versicherer* erbringt keine Leistungen, die direkt oder indirekt darauf zurückzuführen sind:

- Vorsätzliche oder grob fahrlässige Handlungen oder Unterlassungen des *Versicherten*;
- Krieg und zivile Unruhen, einschließlich aller Maßnahmen, die zur Kontrolle, Verhinderung, Unterdrückung oder in irgendeiner Weise im Zusammenhang mit Krieg und zivilen Unruhen ergriffen werden (unabhängig davon, ob der Krieg erklärt wurde oder nicht), es sei denn, Sie befinden sich bei Ausbruch der Feindseligkeiten in einem Gebiet, in dem Krieg und zivile Unruhen herrschen; in diesem Fall sind Sie für einen Zeitraum von höchstens zwei Wochen nach Ausbruch der Feindseligkeiten versichert, vorausgesetzt, Sie nutzen die erste angemessene Gelegenheit, das Gebiet zu verlassen. Wenn Sie diese Möglichkeit nicht wahrnehmen, endet der Versicherungsschutz über diese Police;
- Terroristische Handlungen. Terroristische Handlungen sind alle Handlungen von Personen und Personengruppen zur Erreichung politischer, religiöser, ethnischer oder ideologischer Ziele, die geeignet sind, Angst und Schrecken in der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch eine Regierung oder staatliche Einrichtung zu beeinflussen;
- Nukleare, chemische, biologische und radiologische Ereignisse unabhängig von ihrer Quelle (NCBR-Ereignisse);
- Auswirkungen von radioaktiven Stoffen oder Emissionen, die entweder direkt oder indirekt zu einer Kernreaktion, radioaktiven Strahlung oder Kontamination führen;
- Erdbeben und Vulkanausbrüche;

- Pandemie-, Epidemie- oder Infektionsbekämpfungsmaßnahmen, die vom Staat durchgeführt werden, ausgenommen *Reiseabbruch*, sofern der *Reiseabbruch* auf eine genehmigte Evakuierungsanordnung zurückzuführen ist;
- Der Schaden ist die Folge von strafbaren oder rechtswidrigen Handlungen des *Versicherten*;
- Jeder Vorfall, der durch Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch des *Versicherten* verursacht wurde;
- Verstöße, Leichtfertigkeit oder grobe Fahrlässigkeit der oder des *Versicherten*.

Siehe auch die spezifischen Ausschlüsse für die verschiedenen Deckungen in Abschnitt 6.

8. VERFAHREN ZUR GELTENDMACHUNG VON ANSPRÜCHEN BEI SCHADENSFÄLLEN

8.1 Wie melde ich einen Versicherungsfall?

Mitteilungen von und Fragen zu Schadensfällen sind unverzüglich per Post oder E-Mail an das Hilfezentrum zu richten:

ROLAND Assistance GmbH
Deutz-Kalker-Straße 46
50679 Köln

E-Mail: tf-bank@roland-assistance.de

Die Hilfsleistungen werden durch das Hilfezentrum erbracht. **In ernststen Notfällen, in denen sofortige Hilfe benötigt wird**, wenden Sie sich bitte telefonisch an das Hilfezentrum: +49 30 814 566 897. Das Hilfezentrum ist rund um die Uhr und das ganze Jahr über geöffnet.

8.2 Maßnahmen bei Eintritt eines Versicherungsfalls

8.2.1 Wann muss der Schadensfall gemeldet werden?

Der Versicherungsfall muss dem *Versicherer* möglichst schnell nach dem Eintritt des *Versicherungsfalls* gemeldet werden, spätestens jedoch 90 Tage, nachdem der *Versicherte* von dem *Versicherungsfall* Kenntnis erlangt hat.

In schwerwiegenden Notfällen muss der *Versicherte* oder eine andere Person, sofern der *Versicherte* aus irgendeinem Grund nicht dazu in der Lage ist, unverzüglich das Hilfezentrum kontaktieren, siehe Abschnitt 8.1 für die Kontaktdaten.

8.2.2 Rettungspflichten

Wenn ein *Versicherungsfall* eintritt oder einzutreten droht, ist der *Versicherte* verpflichtet, nach besten Kräften Maßnahmen zur Schadensbegrenzung oder -minderung zu treffen. Haftet ein Dritter für den Schaden, so ist der *Versicherte* verpflichtet, etwaige Rechte des *Versicherers* gegen diesen zu wahren.

Vernachlässigt der *Versicherte* vorsätzlich seine in diesem Abschnitt definierten Pflichten, so hat der *Versicherte* keinen Anspruch auf Haftungsfreistellung/Entschädigung. Hat der *Versicherte* seine Pflichten grob fahrlässig verletzt,

so ist die Entschädigungsleistung in dem Verhältnis des durch den *Versicherer* verursachten Nachteil zu kürzen.

8.3 Dokumentation bei einem Schadensfall

Zur Beurteilung des Schadensfalls muss der *Karteninhaber* dem *Versicherer* die folgenden Unterlagen zusammen mit den nach Abschnitt **Error! Reference source not found.** – 8.3.8 erforderlichen Unterlagen vorlegen:

- Kurze Beschreibung des *Versicherungsfalls*;
- *Tickets* oder ein anderer Nachweis der *Reise*; und
- Unterlagen, aus denen hervorgeht, dass mindestens 50 % der *Reise* mit der *Kreditkarte* *Karte* bezahlt wurden.

Je nach Art des *Versicherungsfalls* muss der *Karteninhaber* auch eines der unten aufgeführten zusätzlichen Dokumente einreichen. Wenn weitere Unterlagen erforderlich sind, kann der Sachbearbeiter im Namen des *Versicherers* diese einholen, um den Schadensfall zu beurteilen.

8.3.1 Reiserücktritt

- Eine Kopie der Bestätigung der *Reisestornierung* für die *Tickets* und/oder die *Unterkunft*;
- Bei einer *akuten schweren Krankheit* oder einem *akuten schweren Unfall* des *Versicherten* oder eines *nächsten Angehörigen*, eine Kopie des *ärztlichen Attests*;
- Bei unerwarteter Beendigung des Arbeitsverhältnisses des *Versicherten* eine Kopie des Kündigungsschreibens oder der Kündigung mit Angabe des Grundes für die Entlassung/Kündigung;
- Bei *Todesfall* des *Versicherten* oder eines *nächsten Angehörigen*, eine Kopie der *Sterbeurkunde*;
- Bei erheblichen Schäden am *ständigen Wohnsitz* des *Versicherten*, die durch ein unvorhergesehenes Ereignis verursacht wurden, eine Kopie des polizeilichen Ermittlungsberichts, des Polizeiprotokolls oder eines ähnlichen Dokuments, das von einem Notdienst oder Gutachter ausgestellt wurde.

8.3.2 Reiseabbruch

- Bei einer *akuten schweren Krankheit* oder einem *akuten schweren Unfall* des *Versicherten* oder eines *nächsten Angehörigen*, eine Kopie des *ärztlichen Attests*;
- Bei unerwarteter Beendigung des Arbeitsverhältnisses des *Versicherten* eine Kopie des Kündigungsschreibens oder der Kündigung mit Angabe des Grundes für die Entlassung/Kündigung;
- Bei *Todesfall* des *Versicherten* oder eines *nächsten Angehörigen*, eine Kopie der *Sterbeurkunde*;
- Bei erheblichen Schäden am *ständigen Wohnsitz* des *Versicherten*, die durch ein unvorhergesehenes Ereignis verursacht wurden, eine Kopie des polizeilichen Ermittlungsberichts, des Polizeiprotokolls oder eines ähnlichen Dokuments, das von einem Notdienst ausgestellt wurde.

8.3.3 Ruiniertes Urlaub

- Eine Kopie der *ärztlichen Bescheinigung*;
- Eine Kopie aller relevanten Patientenakten, Röntgenbilder, Scans sowie Informationen zur Krankengeschichte wie Zeitschriften und ähnliche Dokumente;
- Eine Kopie der Quittungen für *Tickets und Unterkunft*.

8.3.4 Gepäckverzögerung

- Eine Kopie des Berichts über Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit Eigentum (Property Irregularity Report; P.I.R.);
- Eine Kopie des Antragsformulars bei Schadensfällen, das dem Betreiber des *öffentlichen Verkehrsmittels* vorgelegt wurde;
- Eine Kopie der Bescheinigung über die Rückgabe des Gepäcks an den *Versicherten*;
- Eine Kopie der Belege für *zusätzliche Kosten*.

8.3.5 Verlust oder Beschädigung von Gepäckstücken

- Bei Diebstahl oder Verlust, eine Kopie des Polizeiberichts der örtlichen Behörden;
- Bei Beschädigung oder Verluste während des Transports durch den Betreiber eines *öffentlichen Verkehrsmittels*, eine Kopie des Berichts über Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit Eigentum (P.I.R.);
- Eine Kopie von Quittungen, Garantien oder ähnlichen Dokumenten, die das Alter und den Wert des beschädigten oder verlorenen *Gepäckstücks* bestätigen.

8.3.6 Persönliche Haftung

- Im Falle eines Anspruchs aufgrund von persönlicher Haftung sind Kopien aller mit dem Anspruch verbundenen Dokumente erforderlich. Zu diesen Unterlagen gehören unter anderem der Schriftverkehr mit dem Dritten, juristische Dokumente, medizinische Unterlagen, Zeugenaussagen und andere relevante Dokumente.

8.3.7 Krankheit und Verletzung

- Eine Kopie der *ärztlichen Bescheinigung*;
- Eine Kopie aller relevanten Patientenakten, Röntgenbilder, Scans sowie Informationen zur Krankengeschichte wie Zeitschriften und ähnliche Dokumente;
- Bei *Todesfall*, eine Kopie der *Sterbeurkunde*;
- Eine Kopie der Belege für *zusätzliche Kosten*.

8.3.8 Behinderung und Todesfälle

- Eine Kopie der *ärztlichen Bescheinigung*;
- Eine Kopie aller relevanten Patientenakten, Röntgenbilder, Scans sowie Informationen zur Krankengeschichte wie Zeitschriften und ähnliche Dokumente;
- Bei *Todesfall*, eine Kopie der *Sterbeurkunde*;

- Eine Kopie der Belege für *zusätzliche Kosten*.

9. VERJÄHRUNGSFRIST

Die Ansprüche aus der Versicherung verjähren drei (3) Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalls.

10. BESCHWERDEN

Wenn Sie mit unserer Leistung oder unserem Service unzufrieden sind oder mit einer Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie sich jederzeit an unseren Beschwerdemanager wenden, und zwar unter den folgenden Kontaktdaten:

ROLAND Assistance GmbH
Deutz-Kalker-Straße 46
50679 Köln

E-Mail: tf-bank@roland-assistance.de
Telefon: +49 30 814 566 897

Falls im Einzelfall keine zufriedenstellende Lösung gefunden werden kann, können Sie als Verbraucher das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz kontaktieren.

Die Informationen über die Schlichtungsstelle, das Beschwerdeverfahren und die Kontaktmöglichkeiten finden Sie im Internet auf: www.sozialministerium.at.

Die Postanschrift lautet:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und
Konsumentenschutz
Abteilung III/3
Stubenring 1
1010 Wien

E-Mail-Adresse:

versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at.

Da der Versicherer seinen Sitz in der Republik Irland hat, kann auch eine außergerichtliche Beilegung des Streits angestrebt werden, indem das FIN-NET-Verfahren eingeleitet wird, das in Europa speziell für die Beilegung grenzüberschreitender Streitigkeiten geschaffen wurde. Um das FIN-NET-Verfahren einzuleiten, kann die Beschwerde direkt bei dem ausländischen System eingereicht werden, das das Verfahren in dem Land verwaltet, in dem das Unternehmen seinen Sitz hat (zu finden auf der Website der Europäischen Kommission: <https://finance.ec.europa.eu>).

Wenn Sie mit dem Ergebnis des Schlichtungsverfahrens nicht einverstanden sind, haben Sie immer noch die Möglichkeit, vor einem Bezirksgericht zu klagen.

11. ZAHLUNG VON LEISTUNGEN

Jede Entschädigung aus dieser Versicherung wird an den *Versicherten gezahlt*. Im Falle des *Todesfalls* wird eine Entschädigung an den *Begünstigten* gezahlt.

12. PRÄMIEN

Die Prämie für diese Versicherung wird von der *Bank* bezahlt. Der *Karteninhaber* hat keine zusätzlichen Kosten, Gebühren oder Prämien zu entrichten.

13. DAUER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der *Versicherte* hat Anspruch auf die Versicherungsleistungen der Versicherung in Bezug auf *Reisen*, die mit der *Kreditkarte* erworben wurden, ab dem Zeitpunkt der Aktivierung der *Kreditkarte* bis zur Deaktivierung der *Kreditkarte*, oder gegebenenfalls, sofern dies früher eintritt, bis die *Bank* oder der *Versicherer* die Versicherung zurückzieht oder kündigt.

Die in diesen AGB genannten Versicherungsleistungen können jederzeit unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen durch schriftliche Mitteilung an den *Karteninhaber* widerrufen oder gekündigt werden.

14. ÄNDERUNGEN

Die in diesen AGB beschriebenen Versicherungsleistungen können jederzeit mit einer Frist von mindestens 60 Tagen durch schriftliche Mitteilung an den *Karteninhaber* geändert werden. Die Änderungen gelten jeweils für *Reisen*, die nach Bekanntgabe der Änderungen erworben werden.

15. GESETZGEBUNG UND RECHTSPRECHUNG

Diese Versicherung unterliegt dem österreichischem Recht und ist nach diesem auszulegen. Für Streitigkeiten aus der Versicherung ist das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk der *Versicherte* seinen ständigen Wohnsitz hat.

16. STEUERN

Alle Erstattungen, die sich aus der Deckung dieser Versicherung ergeben, werden nach den jeweils geltenden Rechtsvorschriften besteuert.

17. INTERNATIONALE SANKTIONEN

Ungeachtet aller Bestimmungen in den AGB hat der *Versicherte* keinen Anspruch auf eine Zahlung:

- wenn der *Versicherte* (oder seine Erben bei einem *Todesfall*) in einem sanktionierten Land wohnt.
- Wenn der *Versicherte* in den Listen des Office of Foreign Assets Control der Vereinigten Staaten von Amerika (OFAC), in der Liste der Specially Designated Nationals (SDN) oder in der Liste der Specially Designated Sectoral Sanctions des OFAC oder in einer internationalen oder lokalen Sanktionsliste genannt ist.
- Wenn die Zahlung im Zusammenhang mit Dienstleistungen in einem sanktionierten Land beantragt wird.

In keinem Fall ist der *Versicherer* zur Zahlung von Versicherungsschutz oder Leistungen verpflichtet, wenn Sie Sanktionen, Verboten oder Beschränkungen ausgesetzt sein könnten, die durch Resolutionen der Vereinten Nationen (UN), der Vereinigten Staaten, der Europäischen Union (EU) oder einer gleichwertigen Einrichtung verhängt wurden.

18. PERSONENBEZOGENE DATEN

Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch ANV Nordic AB

Wenn ANV Nordic AB Ihre personenbezogenen Daten in ihrer Eigenschaft als MGA verarbeitet, ist ANV Nordic AB der Verantwortliche für diese Verarbeitung. Ihre Daten werden für die Verwaltung Ihrer Versicherung, die Berechnung von Prämien, die Bearbeitung von Beschwerden sowie für die erforderliche Durchführung von Analysen und Berechnungen verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt für die Erfüllung von Verträgen, rechtlicher Pflichten und zur Wahrung unseres berechtigten Interesses. In bestimmten Fällen können die Daten auch sensible personenbezogene Daten wie Gesundheitsdaten oder Angaben über die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft enthalten. Wir können Ihre personenbezogenen Daten mit Versicherungsgebern, Unternehmen innerhalb unseres Konzerns, Dienstleistern, Kooperationspartnern und Behörden teilen. Daten können auch außerhalb der EU/des EWR verarbeitet werden, sofern geeignete Schutzmaßnahmen getroffen werden. Sie haben das Recht, Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung und Datenübertragbarkeit zu verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen. Sie können auch Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einlegen. Bei Fragen können Sie sich unter dpo@anvnordic.com an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Unsere Datenschutzrichtlinie finden Sie unter www.anvnordic.com. Dort lesen Sie unter anderem, welche Daten wir für welche Zwecke verwenden, an wen wir Ihre Daten weitergeben und welche Rechte Sie haben.

Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch AmTrust International Underwriters DAC

Wenn Amtrust International Underwriters DAC (AIU) Ihre personenbezogenen Daten in ihrer Eigenschaft als Versicherer verarbeitet, ist Amtrust International Underwriters DAC der Verantwortliche für diese Verarbeitung. Die Verarbeitung kann auch sensible personenbezogene Daten wie Gesundheitsdaten oder Angaben über die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft umfassen.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten zur Verwaltung Ihrer Versicherung, einschließlich der Berechnung von Prämien, der Bearbeitung und Regulierung von Schadensmeldungen, der Auszahlung von Entschädigungen sowie statistischer Analysen und damit verbundener Bewertungen. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie auf unserer Website: [AIU Privacy Notice | AmTrust International](#). Kontaktieren Sie bei Fragen unseren Datenschutzbeauftragten: DPO.Dublin@amtrustgroup.com