



Mein befristeter Versicherungsschutz im Ausland

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Ref: MtcCov (Aktualisierung: Februar 2022)

MyStudies Cover

MyTravel Cover



Wenn Sie Fragen zu Ihrem Vertrag haben, sind wir für Sie da, um Sie zu beraten und alle Ihre Anträge und Verfahren zu vereinfachen:



Zone Asien/Pazifik	Zone Europa, Afrika Und Naher Osten	Zone Amerika
APRIL International - Bangkok Tel: +66 (0) 2022 9180 von Montag bis Freitag von 8.30 bis 18.00 Uhr	APRIL International - Deutschland Tel: +49 (0)69 75 66 16 810 APRIL International - Paris Tel: +33 (0)1 73 02 93 93 von Montag bis Freitag von 8.30 bis 18.00 Uhr (MEZ)	APRIL International - Mexico Tel: +52 (55) 52 80 13 37 von Montag bis Freitag von 8.30 bis 18.00 Uhr

Unsere Berater sind ebenfalls in Ihrem Kundenextranet über Facebook Messenger erreichbar.

INHALTSVERZEICHNIS

1. DEFINITIONEN	3
1.1 GEMEINSAME DEFINITIONEN FÜR ALLE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN	3
1.2 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNG	4
1.3 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE ASSISTANCE-VERSICHERUNG	6
1.4 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG	6
1.5 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE VERSICHERUNG DES GEPÄCKS UND DER PERSÖNLICHEN GEGENSTÄNDE	6
1.6 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG	6
2. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN UND TERRITORIALE GÜLTIGKEIT IHRES VERTRAGES	6
2.1 WELCHE LEISTUNGEN SIND IN DEM VERTRAG ENTHALTEN?	6
2.2 WO SIND SIE VERSICHERT	7
3. WER KANN EINEN VERTRAG ABSCHLIESSEN?	7
4. DATUM DES INKRAFTTRETENS, DAUER UND WIDERRUF DES VERTRAGES	8
4.1 WANN BEGINNT IHR VERTRAG?	8
4.2 FÜR IHREN VERTRAG GELTENDE WARTEZEITEN	8
4.3 VERSICHERUNGSLAUFZEIT UND ERNEUERUNG IHRES VERTRAGES	8
4.4 EINSTELLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN IHRES VERTRAGES	8
4.5 WIE KÖNNEN SIE VON IHREM VERTRAG ZURÜCKTRETEN?	9
5. BEITRÄGE	9
5.1 WIE WIRD DIE HÖHE IHRER BEITRÄGE BESTIMMT?	9
5.2 DIE ZAHLUNGSWEISEN	10
5.3 WAS PASSIERT BEI NICHTZAHLUNG DER BEITRÄGE?	10
5.4 BEITRAGSENTWICKLUNG	10
6. ÄNDERUNGEN IHRES VERTRAGES	10
6.1 WIE KÖNNEN SIE IHREN VERTRAG ÄNDERN?	10
6.2 WELCHE INFORMATIONEN MÜSSEN SIE UNS MITTEILEN?	10
7. WAS IST DURCH IHREN VERTRAG VERSICHERT UND WIE KÖNNEN SIE LEISTUNGEN IN ANSPRUCH NEHMEN?	10
7.1 KRANKENVERSICHERUNG	10
7.2 ASSISTANCE-VERSICHERUNG	15
7.3 PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG	17
7.4 RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG	17
7.5 PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG	18
7.6 UNFALLVERSICHERUNG	18
7.7 VERSICHERUNG FÜR GEPÄCKVERSICHERUNG UND PERSÖNLICHE GEGENSTÄNDE	19
7.8 REISEZWISCHENFÄLLE	20
7.9 AUFENTHALTSUNTERBRECHUNG	21
8. WAS AUS IHREM VERTRAG AUSGESCHLOSSEN IST	21
9. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	25

Anmerkung:

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen beziehen sich auf den von APRIL International angebotenen Versicherungsschutz. Wenn Sie sich für eine gemeinsame Versicherungsaufnahme bei CFE + APRIL entscheiden, sind Sie automatisch bei der CFE für Risiken im Zusammenhang mit Krankheit und Schwangerschaft gemäß dem französischen Sozialversicherungsgesetzbuch versichert. Informationen zu den CFE-Leistungen: www.cfe.fr.

Der Versicherungsvertrag MyTempo Cover wird von der vertragsschließenden Association des Assurés APRIL (Verein der APRIL-Versicherten) zugunsten jeder Person abgeschlossen, die zum Abschluss des Vertrages berechtigt ist und vorübergehend ins Ausland reist, egal wo auf der Welt.

Diese allgemeinen Bedingungen gelten für den Tarif MyStudies Cover (für Auslandsstudenten, Sprachaufenthalte, studienbezogene Praktika) und den Tarif MyTravel Cover (für berufliche Aufenthalte, Langzeitreisen oder Freizeitaktivitäten oder Besuche zu beruflichen oder privaten Zwecken).

1. DEFINITIONEN

Da es sich bei der im Versicherungswesen verwendeten Terminologie um einen spezifischen Fachwortschatz handelt, haben wir die wichtigsten Begriffe definiert, um Ihnen das Verständnis der Funktionsweise Ihres Vertrages zu erleichtern. Wenn die folgenden Begriffe kursiv und in Großbuchstaben geschrieben sind, haben sie die folgende Bedeutung:

1.1 GEMEINSAME DEFINITIONEN FÜR ALLE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN:

AUSLAND: Die ganze Welt, begrenzt auf die Länder, für die der Versicherungsschutz gilt, wie im Abschnitt - VERSICHERUNGSLEISTUNGEN UND TERRITORIALE GÜLTIGKEIT IHRES VERTRAGES definiert, mit Ausnahme des Herkunftslandes des Hauptversicherten und der angeschlossenen Länder.

AUSLANDSAUFENTHALT: Zeitraum, während dem der Versicherte international mobil ist und sich außerhalb seines Herkunftslandes befindet.

AUSSCHLÜSSE: Was nicht durch den Versicherungsvertrag abgedeckt ist. Alle Verträge enthalten Ausschlüsse von Leistungen.

AUSSCHLUSSLÄNDER: In einigen Ländern wird in Abhängigkeit von Ereignissen, zu denen es dort kommen könnte, kein Versicherungsschutz gewährt. Die vollständige Liste der Ausschlussländer steht auf der Webseite www.april-international.com zur Verfügung oder ist auf Anfrage unter +49 (0)69 75 66 16 810 oder per E-Mail an kundenbetreuung@april.com erhältlich.

Diese Liste der Ausschlussländer kann im Laufe der Zeit geändert werden.

BEITRAG: Von dem Versicherungsnehmer zu zahlende Summe als Gegenleistung für den von der Versicherung gewährten Versicherungsschutz.

DATUM DES INKRAFTTRETENS: Datum, ab dem die Aufnahme in den Versicherungsvertrag beginnt. Das Datum ist auf der Versicherungsbescheinigung aufgeführt.

D.O.M.: (überseeische Departements und Regionen): Guadeloupe, Guyana, Martinique, La Réunion und Mayotte.

KRANKHEIT (BZW. ERKRANKUNG): Jede von einer zuständigen medizinischen Behörde festgestellte Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes.

HAUPTVERSICHERTER, "SIE": Natürliche Person, dessen Versicherungsaufnahme durch den Versicherer genehmigt wurde, auf die sich die Versicherungsleistungen beziehen und dessen Daten auf der Versicherungsbescheinigung angegeben sind.

HÖHERE GEWALT: Jedes unvorhersehbare, unaufhaltsame und äußere Ereignis.

JAHR (PRO JAHR): Der in der Leistungsübersicht verwendete Begriff „pro Jahr“ bedeutet „pro Versicherungsjahr“.

KONSOLIDIERUNG: Stabilisierung des Gesundheitszustandes einer Person, die einen Unfall erleidet oder an einer Krankheit leidet.

LEBENSPARTNER: Der Ehemann oder die Ehefrau des Hauptversicherten, der/die nicht geschieden oder rechtskräftig von diesem getrennt lebt, oder der Partner des Hauptversicherten, der/die mit dem Hauptversicherten einer eingetragenen Partnerschaft (Artikel 515-1 des französischen Zivilgesetzbuches) geschlossen hat, der zum Zeitpunkt des Schadensfalles in Kraft ist. Der notorische Lebensgefährte des Hauptversicherten kann als Lebenspartner betrachtet werden, wenn dieser Status nachgewiesen wird.

MEDIZINISCHE BEHÖRDE: Jede Person, die in dem Land, in dem Sie sich befinden, Inhaber eines gültigen Diploms für Medizin oder Chirurgie ist und für die Ausübung des Arztberufes in seinen Fachrichtungen approbiert ist.

WIR: APRIL International Care France.

LAND DER STAATSANGEHÖRIGKEIT: Land, das in Ihrem Pass oder jedem anderen offiziellen Personaldokument unter der Rubrik „Staatsangehörigkeit“ angegeben ist.

HERKUNFTSLAND: Wohnsitzland des Versicherten vor seinem Auslandsaufenthalt oder das Land seiner Staatsangehörigkeit, abweichend des Ziellandes.

KÜNDIGUNG: Endgültige und vorzeitige Beendigung des Vertrages oder der Versicherungsaufnahme.

SCHADENSFALL: Ereignis, Krankheit oder Unfall, wodurch während der Gültigkeit des Vertrages der Versicherungsschutz beansprucht wird.

SELBSTBEHALT: Summe, die bei der Erstattung der Kosten eines Schadensfalles zu Ihren Lasten geht.

TATSÄCHLICHE KOSTEN: Die gesamten Ausgaben Ihrer Gesundheitskosten, die Ihnen in Rechnung gestellt werden.

UNFALL: Jede nicht vorsätzliche körperliche Schädigung der Person, die dieser zum Opfer gefallen ist, die auf eine plötzliche und unvorhersehbare Einwirkung einer äußeren Ursache zurückzuführen ist. Die Ursache und die Symptome müssen medizinisch und objektiv definierbar sein, einer Diagnose unterliegen und eine medizinische Behandlung erfordern.

In Anwendung von Artikel 1353 des frz. Zivilgesetzbuches obliegt es dem Versicherten, den Unfall und den direkten Kausalzusammenhang zwischen diesem und den entstandenen Kosten zu beweisen.

UNTERHALTSPFLICHTIGES KIND: Ihr Kind bzw. das Kind Ihres Lebenspartners, welches ledig und bis 21 Jahre steuerlich unterhaltspflichtig ist. Kinder unter 28 Jahren, die ein Studium oder eine Ausbildung absolvieren (auch wenn sie nicht mehr bei Ihnen wohnen) sind ebenfalls mitversichert, sofern jedes Jahr ein entsprechender Nachweis vorgelegt wird (Studentenausweis, Schulbescheinigung, Lehrvertrag usw.).

VERSICHERTER, "SIE" BZW. „IHNEN“: Alle natürlichen Personen, die den Versicherungsschutz und die damit verbundenen Leistungen in Anspruch nehmen können. Das heißt, Sie und Ihre Familienangehörigen, die die Voraussetzungen, um über diesen Vertrag versichert zu sein, erfüllen. Sie sind auf der Versicherungsbescheinigung aufgeführt. Unter Familienangehörigen verstehen wir Ihren Lebenspartner und Ihre unterhaltspflichtigen Kinder.

VERSICHERUNGSBESCHEINIGUNG: Dokument, das die Aufnahme in den Versicherungsvertrag bescheinigt, die Bedingungen des Versicherungsschutzes darlegt und aus dem insbesondere das *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages, Name, Vorname und Geburtsdatum des *Versicherungsnehmers* und des/der *Versicherten*, die abgeschlossenen Versicherungsleistungen, die Art des Versicherungsschutzes (als Krankenvoll- oder als Zusatzversicherung) und die Beiträge hervorgehen.

VERSICHERUNGSJAHR: Zeitraum von zwölf aufeinander folgenden Monaten, beginnend mit dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrags.

VERSICHERUNGSNEHMER: Natürliche oder juristische Person, die den vom vertragschließenden Verein abgeschlossenen freiwilligen Gruppenversicherungsvertrag abschließt und die entsprechenden Verpflichtungen, insbesondere die Zahlung der Beiträge, übernimmt. Seine Kontaktdaten sind auf der *Versicherungsbescheinigung* angegeben. Der *Versicherungsnehmer* schließt den Vertrag entweder für sich selbst oder als gesetzlicher Vertreter eines *Versicherten* oder als gesetzlicher Vertreter des unterzeichnenden Unternehmens ab.

WERKSTUDENT: Auszubildender, Au-pair, Student, der im Rahmen seines Studiums bezahlt wird. In jedem Fall darf die Vergütung den Gegenwert von 1.300 € pro Monat nicht übersteigen.

ZIELLAND: Das Land/die Länder, das/die aus der *Versicherungsbescheinigung* als *Zielland* hervorgeht/hervorgehen und indem sich der *Versicherte* während seines *Auslandsaufenthaltes* befindet.

1.2 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNG:

AMBULANTE CHIRURGIE: Chirurgische Eingriffe, die nicht stationär bzw. ohne *Krankenhauseinweisung* in einer medizinischen Einrichtung (*Krankenhaus*, Klinik), einem medizinischen Zentrum oder einer Arztpraxis durchgeführt werden und bei denen der Patient am selben Tag aufgenommen und wieder entlassen wurde.

AMBULANTE HEILBEHANDLUNG: sämtliche medizinische Leistungen von medizinischen Fachkräften und Einrichtungen außer *stationärer Heilbehandlung* oder bei Übernachtung in medizinischen oder medizinisch-sozialen Einrichtungen.

Dazu gehören z. B. Arztbesuche in einer Privatpraxis oder in einem Gesundheitszentrum, biologische Laboruntersuchungen, radiologische Verfahren in einer Praxis, Konsultationen im *Krankenhaus* außerhalb einer *stationären Heilbehandlung* (auch "ambulante" Konsultationen genannt), usw.

ANGEMESSENE UND ÜBLICHE KOSTEN: Behandlungskosten gelten als angemessen und üblich, wenn sie nicht die Tarife überschreiten, die üblicherweise für eine identische Leistung oder eine Behandlung angewendet werden, an dem Ort, an dem sie entstanden sind. Behandlungskosten können je nach Land, Arzt und *Krankenhaus* unterschiedlich hoch sein: Mitunter erheben einige medizinische Fachkräfte oder Einrichtungen bei den gleichen erbrachten Leistungen höhere Honorare als andere. Um diesem Missbrauch vorzubeugen und dank einer guten Kenntnis der lokalen Gesundheitssysteme haben wir Datenbanken aufgebaut, in denen wir seit über 20 Jahren die verschiedenen Gebührenordnungen registrieren und die jedes Jahr aktualisiert werden.

ANTRAG AUF VORHERIGE KOSTENZUSAGE: Formular, das von Ihrem behandelnden Arzt vor Beginn bestimmter Medizinischer Leistungen und Therapien auszufüllen ist, um die vorherige Genehmigung des Versicherers dafür einzuholen.

DIREKTE ÜBERNAHME DER STATIONÄREN HEILBEHANDLUNGSKOSTEN: Sie können von der *direkten Übernahme Ihrer stationären Heilbehandlungskosten* (*stationäre Heilbehandlung* von mehr als 24 Stunden oder *stationäre Tagesheilbehandlung*), ohne in Vorkasse treten zu müssen, sofern Sie eine Krankenvollversicherung oder eine Versicherung in Ergänzung der CFE abgeschlossen haben und vorbehaltlich der Prüfung Ihrer vertraulichen medizinischen Bescheinigung. Sie können diese Serviceleistung über die in Ihrem Versicherungsleitfaden angegebenen oder über Ihre EASY CLAIM-App zugänglichen Notrufnummern auflösen. Diese Serviceleistung ist für *Versicherte* in Ergänzung der frz. Sozialversicherung oder der CEAM (französische Europäische Krankenversicherungskarte) nicht verfügbar.

DRITZTAHLER-SERVICE: Ein Zahlungssystem, das dem *Versicherten* ermöglicht, für die durch die medizinischen Einrichtungen erbrachten Leistungen nicht in Vorkasse treten zu müssen. Die Leistungserbringer werden direkt von der gesetzlichen Sozialversicherung und/oder dem Krankenversicherer für die dem Patienten erbrachten Leistungen oder Produkte bezahlt.

ERSTATTUNGSFORMULAR: Formular, das bei der Versicherungsaufnahme zur Verfügung gestellt wird und vom verschreibenden Arzt für jeden Leistungsantrag auszufüllen und zu unterzeichnen ist, sofern der Tarif EMERGENCY ausgewählt wird oder während eines Aufenthaltes außerhalb der für den Vertrag geltenden Tarifzone. Ohne dieses ausgefüllte und unterzeichnete Dokument erfolgt keine Erstattung der Gesundheitsausgaben.

KOMPLIKATIONEN BEI SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG: Diese betreffen zum einen Komplikationen, die während der pränatalen Phase der *Schwangerschaft* auftreten, wobei in diesem Zusammenhang folgende Fälle abgedeckt werden: Eileiterschwangerschaft, *Schwangerschaftsdiabetes*, Präeklampsie, Fehlgeburt, Risiko einer Fehlgeburt und Totgeburt oder Blasenmole. Die folgenden *Pathologien*, die während der Entbindung aufgetreten sind und einen geburtshilflichen Eingriff erfordern, sind ebenfalls versichert: Postpartale Hämorrhagie (nachgeburtliche Blutung) und Plazentaretention.

KRANKENHAUS: medizinische und/oder chirurgische Einrichtung, die von den Gesundheitsbehörden des Landes, in dem sie sich befindet, ordnungsgemäß zugelassen ist. Nicht zu den Krankenhäusern gehören Erholungs- und Genesungsheime, Heilbäder und Kurzentren, Thalasso-Therapiezentren, Fitnesszentren, Hospizen und Einrichtungen für ältere Menschen.

KRANKENHAUSZIMMER: Aufenthalt in einem Standard-Einzel- oder Zweibettzimmer. Luxuszimmer, Executive-Zimmer und Suiten sind nicht abgedeckt.

KRANKENTRANSPORT: Es werden die Kosten für den Transport des *Versicherten* in das nächstgelegene und am besten geeignete *Krankenhaus* oder Behandlungsort mit einem Krankenwagen oder einem Landambulanzfahrzeug übernommen. Diese Leistung deckt nicht die Kosten einer Evakuierung oder eines Krankentransportes im Sinne einer Repatriierung ab.

KRANKHEIT (BZW. ERKRANKUNG): jede von einer zuständigen *medizinischen Behörde* festgestellte Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes.

MEDIZINISCHE AUSTRÜSTUNG UND GERÄTE: Jede verschriebene medizinische Ausrüstung, Gerätschaft oder Apparatur, die die Funktion oder Fähigkeit des *Versicherten* unterstützt, wie z.B. Prothesen, Krücken, Rollstühle, orthopädische Einlagen, Hörgeräte. Medizinische Geräte, die im Rahmen der *Palliativ-* oder Langzeitpflege verschrieben werden, sind nicht versichert. Nicht unter diese Definition fallen Zahnprothesen, kieferorthopädische Vorrichtungen oder optische Geräte.

MEDIZINISCHE HILFSKRÄFTE: paramedizinische Fachkräfte (z.B. Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Logopäden-Sprachtherapeuten, Orthoptisten, usw.).

MEDIZINISCHE ODER CHIRURGISCHE STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG: Aufenthalt in einer (öffentlichen oder privaten) *Krankenhauseinrichtung* von mehr als 24 Stunden infolge eines *Unfalles* oder einer *Krankheit*.

MEDIZINISCHER NOTFALL: Jede plötzliche und unvorhersehbare Verschlechterung des Gesundheitszustands, die von einer zuständigen *medizinischen Behörde* festgestellt wird und das zwingende Eingreifen eines Arztes innerhalb von 48 Stunden erfordert.

MEDIZINISCHES LEIDEN: Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes oder *Krankheit*.

NOMENKLATUR: Die *Nomenklaturen* definieren die Verfahren, Produkte und Dienstleistungen, die vom französischen *Sozialversicherungssystem* abgedeckt werden, sowie die Bedingungen für ihre Erstattung.

ONKOLOGIE: ein Fachgebiet, das sich auf die Honorare, medizinischen Untersuchungen, Chemo- und Strahlentherapien und *stationären Heilbehandlungskosten* bezieht, die bei der Behandlung von Krebs entstehen.

ORGANTRANSPLANTATION: Ein chirurgischer Eingriff, bei dem Gewebe oder Organe (ganz oder teilweise), Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Nieren, Knochenmark, Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Knochen, Muskeln, Hornhaut transplantiert werden. Die Garantie deckt nicht die Kosten für den Erwerb des Organs ab.

PATHOLOGIE: die Gesamtheit der Erscheinungsformen einer *Krankheit*, der *Symptome* und der krankhaften Auswirkungen, die sie verursacht.

PALLIATIVE PFLEGE: *Krankenhausbehandlung* nach einer Diagnose, die besagt, dass sich die *Pathologie (Krankheit oder Unfall)* im Endstadium befindet und dass keine Behandlung die Gesundheit des *Versicherten* wiederherstellen kann. Physikalische und psychologische Betreuung, *Krankenhaus-* oder *Hospizkosten*, Krankenpflege und verordnete Medikamente sind innerhalb der in der Leistungsübersicht angegebenen Deckungssummen versichert. Aufenthalte und Behandlungen in Altersheimen sind nicht versichert.

PLÖTZLICHE (ODER UNERWARTETE) ERKRANKUNG: jede von einer zuständigen *medizinischen Behörde* festgestellte Veränderung des Gesundheitszustandes, die plötzlich und unvorhersehbar auftritt.

POSTNATALE VERSORGUNG: medizinische Routineversorgung der Mutter post-partum bis zu sechs Wochen nach der Entbindung.

PRÄNATALE VERSORGUNG: Routinemäßige Nachuntersuchungen und Screenings, die zur Überwachung der *Schwangerschaft* notwendig sind. Dazu gehören für Frauen ab 35 Jahren, sofern medizinisch notwendig, Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchungen) und Screening-Untersuchungen wie Chromosomenanomalien, Spina-Bifida-Tests, Bart-Tests und DNA-Laboranalysen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Fruchtwasseruntersuchung stehen und im Rahmen dieser Versicherung abgedeckt sind.

PSYCHIATRIE: Behandlung von nervösen oder psychischen Störungen durch einen qualifizierten klinischen *Psychiater*. Diese Störungen müssen mit tatsächlichem und gegenwärtigem Leiden oder einer erheblichen Beeinträchtigung der wichtigsten täglichen Aktivitäten des *Versicherten*, wie Studium oder Berufstätigkeit, verbunden sein. Die *Krankheit* muss klinisch schwerwiegend sein und die in einer internationalen Klassifikation wie der Diagnostic of Mental Disorders (DSM-IV oder ICD-10) aufgeführten Merkmale aufweisen.

REKONVALESCENZBEHANDLUNGEN, HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE: medizinische Leistungen durch einen Krankenpfleger, die unmittelbar nach einer durch den Vertrag abgedeckten *stationären Heilbehandlung* oder *Tagesheilbehandlung* oder als Ersatz zu einer *stationären Heilbehandlung*, die durch den Vertrag abgedeckt wäre, wobei die Leistungen in einem *Krankenhaus*, in einem *Rekonvaleszenzzentrum* oder in der Wohnung des *Versicherten* durchgeführt werden.

Der Versicherungsschutz wird in diesem Fall nur gewährt, wenn der behandelnde Arzt dies aus medizinischen Gründen im Einvernehmen mit dem Vertrauensarzt des Versicherers beschließt. Thermalkuren, Thalassotherapie, Fitnesszentren, *Palliativmedizin* und Langzeitpflege sind von dieser Leistung ausgeschlossen.

SCHWANGERSCHAFT: nicht-pathologische *Schwangerschaft* (*), Entbindung und ihre Folgen.

Die Schwangerschaft ist nur versichert für:

- *Versicherte* über MyStudies Cover mit *Zielland* Vereinigte Staaten (USA).
- *Versicherte* über MyTravel Cover, die sich im Rahmen eines Working-Holiday Programmes im *Ausland* aufhalten, außer für das *Zielland* Kanada.

Abgedeckt sind alle medizinisch notwendigen Ausgaben, einschließlich der Kosten für *stationäre Heilbehandlung*, *Arztkosten*, Hebammenhonorare (nur während der Wehen), vor- und nachgeburtliche Betreuung sowie die Pflege des Neugeborenen. Die *Schwangerschaft* gilt weder als *Krankheit* noch als *Unfall*.

(*) Definition einer pathologischen *Schwangerschaft*: *Schwangerschaft*, die die Gesundheit der Mutter und/oder des Kindes unmittelbar bedroht, wobei während der *Schwangerschaft* ein geburtshilfliches oder fötales Risiko festgestellt wird, das eine spezifische Behandlung erfordert.

SEHHILFEN: Beratung und Untersuchungen durch einen qualifizierten Optometristen oder Augenarzt, Kosten für korrigierende Kontaktlinsen, Korrekturgläser und -fassungen.

SOZIALVERSICHERUNGSSYSTEM: Nicht zutreffend auf die Krankenvollversicherung, jedoch gegebenenfalls die Caisse des Français à l'Étranger - CFE oder ein französisches *Sozialversicherungssystem* für begünstigte *Versicherte*.

STATIONÄRE TAGESHEILBEHANDLUNG (TAGESKLINIK): Aufenthalt in einer *Krankenhauseinrichtung* von weniger als 24 Stunden, für den *Ihnen* ein Bett zugewiesen wird, ohne dass *Sie* die Nacht in der *Krankenhauseinrichtung* verbringen, und für den *Sie* die *Krankenhauseinrichtung* mit einer Entlassungsgenehmigung für den gleichen Tag verlassen.

SYMPTOM: ein gefühltes oder beobachtbares Funktionszeichen, das eine Manifestation eines Zustands oder einer *Krankheit* darstellt und deren Erkennung ermöglicht.

TAGESSATZ: Teil des Preises für einen Tag *Krankenhausaufenthalt* im Rahmen einer *stationären Heilbehandlung* in Frankreich, der nicht durch das französische *Sozialversicherungssystem* abgedeckt ist.

UNOCAM: Union Nationale des Complémentaires Santé - 12 Boulevard Raspail, 75006 Paris.

VERTRAULICHE MEDIZINISCHE BESCHEINIGUNG: medizinischer Fragebogen, der vor jeder *stationären Heilbehandlung* (oder so schnell wie möglich bei einem *Unfall* oder *Notfall*) von Ihrem behandelnden Arzt auszufüllen und uns zuzusenden ist, um unsere *vorherige Kostenzusage* zu erhalten. Bei Nichteinhaltung dieser Formalität wird ein *Selbstbehalt* von 20 % auf Ihre Erstattung einbehalten.

VORERKRANKUNG: Ein medizinischer Zustand oder eine *Pathologie*, die vor dem Datum der Unterzeichnung Ihres Aufnahmeantrages diagnostiziert oder medizinisch behandelt oder ärztlich untersucht und/oder behandelt wurde. Als *Vorerkrankung* werden alle solche Zustände oder *symptomatische Zustände* mit medizinischer Behandlung anerkannt, von denen *Sie* zum Zeitpunkt der Beantragung dieser Versicherung wussten oder vernünftigerweise hätten wissen können.

VORHERIGE KOSTENZUSAGE: Für *stationäre* und *ambulante* medizinische *Heilbehandlungen* über 2.000 €/US\$ ist die *vorherige Kostenzusage* unseres Vertrauensarztes notwendig. Vor Behandlungsbeginn müssen *Sie* uns einen detaillierten Kostenvoranschlag und das ausgefüllte Formular „Antrag auf *vorherige Kostenzusage*“ zukommen lassen. Im Fall einer *stationären Heilbehandlung* lassen *Sie* bitte das Formular „*Vertrauliche medizinische Bescheinigung*“ von Ihrem Arzt ausfüllen.

WARTEZEIT: Zeitraum, während dem die Versicherungsleistungen noch nicht in Kraft sind. Die *Wartezeit* beginnt mit dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages, das aus der *Versicherungsbescheinigung* hervorgeht.

ZAHNÄRZTLICHE NOTFALLBEHANDLUNG: zahnärztliche Behandlung nach einem *medizinischen Notfall* oder *Unfall*, der innerhalb von 48 Stunden behandelt werden muss. Die *zahnärztliche Notfallbehandlung* umfasst die Behandlung von:

- Pulpitis (anhaltende Zahnschmerzen)
- Zahnabszess und/oder Ödem
- Abgebrochener oder gefallener Zahn
- Zahnärztliche Blutung
- Alveolitis (Entzündung des Zahnfachs)
- Akute Parodontopathie

Die *zahnärztliche Notfallbehandlung* umfasst keine zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen, konservierende Maßnahmen wie Zahnsteinentfernung oder Kariesbehandlung und Wurzelbehandlung. Nicht enthalten sind *Zahnersatz*, Zahnimplantate, Parodontologie und Kieferorthopädie.

ZAHNCHIRURGIE: ein zahnärztlicher chirurgischer Eingriff wie z.B. die Entfernung von Weisheitszähnen, der in einem Krankenhaus von einem Zahnchirurgen oder Stomatologen durchgeführt wird.

ZAHNERSATZ: Kronen, Brücken, Inlays/Onlays, zementierte Rekonstruktions- oder Reparaturapparaturen, Inlay-Kern, Prothesen und alle notwendigen zusätzlichen medizinischen Leistungen. Kieferorthopädische Geräte gelten nicht als *Zahnersatz*.

1.3 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE ASSISTANCE-VERSICHERUNG:

ASSISTEUR: Europ Assistance.

TERRORISTISCHER ANSCHLAG, SABOTAGE, ATTENTAT: jede illegale, mit ideologischem und/oder politischem Motiv ausgeführte Handlung, die individuell oder kollektiv umgesetzt wird und die sich gegen Personen oder öffentliche oder private Einrichtungen richtet, um:

- eine kriminelle Handlung durchzuführen, die sich gegen das Leben eines anderen richtet,
- die Bevölkerung zu beeindrucken und eine Atmosphäre der allgemeinen Verunsicherung zu schaffen;
- den Betrieb öffentlicher Verkehrsmittel oder von Unternehmen oder Einrichtungen, die Waren herstellen oder verarbeiten oder Dienstleistungen erbringen, zu stören.

AGGRESSION: jede körperliche Schädigung, welcher der *Versicherte* unfreiwillig ausgesetzt wird und die auf eine vorsätzliche, plötzliche und brutale Handlung einer anderen Person oder einer Personengruppe zurückzuführen ist.

KONSOLIDIERUNG: Stabilisierung des Gesundheitszustandes einer Person, die durch einen *Unfall* geschädigt wurde oder unter einer *Krankheit* leidet.

MEDIZINISCHES TEAM: Struktur, die für jeden Einzelfall geeignet ist und vom Vertragsarzt des *Assisteurs* bestimmt wird.

FAMILIENMITGLIED: Vater, Mutter, Schwester, Bruder, Kind, Großeltern oder gesetzlicher Vormund mit Wohnsitz im *Land Ihrer Staatsangehörigkeit*.

ANGEHÖRIGER: jede von *Ihnen* oder einem Ihrer Begünstigten benannte natürliche Person, die in Ihrem *Herkunftsland* ansässig ist.

1.4 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG:

PERSONENSCHÄDEN: Schädigung der physischen Integrität von Personen.

IMMATERIELLE SCHÄDEN: alle Schäden, die keine Personen- und Sachschäden sind und die direkte und unmittelbare Folge versicherter Personen- oder Sachschäden sind.

MATERIELLE SCHÄDEN: Schäden an der Struktur oder Substanz einer Sache, die auf ein versichertes Ereignis zurückzuführen sind.

HAFTPFLICHT: gesetzlich vorgeschriebene Verpflichtung für jede Person, Schäden zu ersetzen, die sie anderen zufügt.

1.5 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE VERSICHERUNG DES GEPÄCKS UND DER PERSÖNLICHEN GEGENSTÄNDE:

GEGENSTÄNDE: Reisetaschen, Koffer, darin enthaltene persönliche *Gegenstände* des *Versicherten* sowie alle anderen bei einem Transportunternehmen registrierten *Gegenstände*.

WERTGEGENSTÄNDE: Kunst*gegenstände* und Sammlerstücke, Silberwaren, getragene Uhren, Schmuck, Edelsteine und Perlen, wertvolle Gemälde, Pelze, Fotoapparate und andere Bildwiedergabegeräte und deren Zubehör, Ferngläser, Mobiltelefone und Laptops und andere HI-FI- und Computergeräte.

1.6 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG:

BEGÜNSTIGTER: die Person, die die *Entschädigung* oder das vom Versicherer gezahlte Kapital erhält.

ENTSCHÄDIGUNG: Summe, die *Ihnen* ausbezahlt wird, um *Sie* für den von *Ihnen* erlittenen Schaden zu entschädigen.

UNFALLVERSICHERUNG: Versicherung, die im Fall Ihres Ablebens oder Ihre aus einem *Unfall* resultierende *Invalidität* die Zahlung eines Kapitalbetrages vorsieht.

INVALIDITÄT (VOLL- ODER TEIL-): eine durch einen *Unfall* verursachte *Invalidität*, die dazu führt, dass *Sie*, wie von einem Arzt festgestellt und vom Versicherer anerkannt, ganz oder teilweise außerstande sind, Ihren Beruf normal auszuüben oder einen Beruf auszuüben, der *Ihnen* ein gleichwertiges Einkommen verschafft, wie *Sie* es vor der Arbeitsunfähigkeit infolge des *Unfalles* oder Ihres Studiums erhalten haben.

2. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN UND TERRITORIALE GÜLTIGKEIT IHRES VERTRAGES

2.1 WELCHE LEISTUNGEN SIND IN DEM VERTRAG ENTHALTEN??

Der Vertrag bietet für beide möglichen Angebote 2 Leistungstarife « Emergency » und « Comfort ». Der Abschluss des Vertrages gewährt je nach gewähltem Tarif folgende Leistungen:

Für den Tarif « Emergency »:

- Erstattung der Gesundheitsausgaben: *stationäre Heilbehandlung*, *ambulante Heilbehandlung* bei *medizinischem Notfall* oder infolge eines *Unfalles*, *zahnärztliche Notfallbehandlung* oder infolge eines *Unfalles* und *Sehhilfen* infolge eines *Unfalles*
- Assistance-Versicherung, Privat-, Praktikums- und Mieter*haftpflicht*versicherung, Versicherung des Gepäcks und der persönlichen *Gegenstände*, *Unfallversicherung*.

Für den Tarif « Comfort »:

- Erstattung der Gesundheitsausgaben: *stationäre und ambulante Heilbehandlung* bei *Krankheit* und *Unfall*, *zahnärztliche Notfallbehandlung* oder infolge eines *Unfalles* und *Sehhilfen* infolge eines *Unfalles*.
- Assistance-Versicherung, Privat-, Praktikums- und Mieter*haftpflicht*versicherung, Versicherung des Gepäcks und der persönlichen *Gegenstände*, *Unfallversicherung*.

2.2 WO SIND S/IE VERSICHERT?

Der Versicherungsschutz gilt in dem auf Ihrer *Versicherungsbescheinigung* angegebenen *Zielland*.
Der Versicherungsschutz gilt auch in der ausgewählten Tarifzone.

3 Tarifzonen werden angeboten:

Zone 1: weltweit.

Zone 2: weltweit außer den Vereinigten Staaten (USA) (einschl. China, Hong Kong, Kanada, Mexiko, Monaco, Russland, Schweiz, Singapur, Vereinigtes Königreich).

Zone 3: weltweit außer den Vereinigten Staaten (USA), China, Hong Kong, Kanada, Mexiko, Monaco, Russland, Schweiz, Singapur, Vereinigtes Königreich.

Außerhalb der Tarifzone besteht Versicherungsschutz für einmalige Aufenthalte von maximal 30 Tagen während der gesamten Versicherungslaufzeit bei Unfällen oder medizinischen Notfällen (gegen Vorlage des spezifischen *Erstattungsformulars*) bei Aufenthalten aus nichtmedizinischen Gründen.

Der Versicherungsschutz ist ebenfalls im *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* gültig, sofern es sich in der ausgewählten Tarifzone befindet.

Wenn das *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* sich nicht in der ausgewählten Tarifzone befindet, wird der Versicherungsschutz in dem *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* dennoch für einmalige Aufenthalte aus nichtmedizinischen Gründen für maximal 90 aufeinander folgende Tage zwischen zwei Aufenthalten in Ihrem *Zielland* gewährt.

Je nach den Vorfällen, die sich dort ereignen können, ist der Versicherungsschutz für bestimmte Länder ausgeschlossen. Die vollständige Liste der ausgeschlossenen Länder ist unter diesem [Link](#), auf der Website www.april-international.com oder auf einfache Anfrage unter +33 (0)1 73 02 93 93 oder per E-Mail an kundenbetreuung@april.com verfügbar. Diese Liste der ausgeschlossenen Länder kann sich im Laufe der Zeit ändern

Bei Auswahl des Versicherungsschutzes in Ergänzung der CEAM (französische Europäische Krankenversicherungskarte), muss der *Versicherte* sich vor der Abreise EKVK besorgen, um für die gesamte Dauer seines *Auslandsaufenthaltes* in den folgenden Ländern in Ergänzung der französischen Sozialversicherung versichert zu sein: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich (einschließlich Guadeloupe, Guyana, Martinique und der Insel Réunion), Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal (einschließlich der Inselgruppen Madeira und Azoren), Österreich, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien (einschließlich der Balearen und der Kanarischen Inseln), Tschechische Republik, Ungarn, und Zypern. Der Versicherungsschutz gilt in dem *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* für Aufenthalte von weniger als 90 aufeinanderfolgende Tage zwischen zwei Aufenthalten in Ihrem *Zielland*, nur sofern das *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* zu den o.g. Ländern gehört.

3. WER KANN EINEN VERTRAG ABSCHLIESSEN?

Um für einen Versicherungsabschluss berechtigt zu sein oder Ihre Versicherung erneuern zu können:

- müssen Sie am *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages oder am Datum seiner Erneuerung jünger als 80 Jahre alt sein,
- müssen Sie der *Hauptversicherte* muss am *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages älter als 10 Jahre alt sein,
- müssen Sie sich außerhalb des *Landes Ihrer Staatsangehörigkeit* im Rahmen einer Reise, eines Working-Holiday-Programmes, einer Sprachreise, eines Au-Pair-Aufenthaltes, eines Praktikums oder ihres Studiums aufhalten,
- müssen Sie sich vergewissern, dass der *Versicherungsnehmer* den Aufnahmeantrag oder Erneuerungsantrag ausgefüllt und unterschrieben hat und den ausgewählten Tarif, die gewünschte Tarifzone und den ausgewählten Versicherungsschutz (Krankenvollversicherung oder Zusatzversicherung in Ergänzung des französischen *Sozialversicherungssystem*) angibt,
- müssen Sie den im Vertrag vorgesehenen Gesundheitsfragebogen spätestens drei Monate vor dem *gewünschten Datum des Inkrafttretens* ausgefüllt und unterzeichnet haben,
- dürfen Sie nicht arbeitsunfähig oder Invalide sein, sich wegen einer *Vorerkrankung* in Behandlung befinden, die zu einem Rückfall führen oder sich verschlimmern kann,
- dürfen Sie sich nicht vor kurzem einer medizinischen Behandlung unterzogen haben, bei der es zu einem Rückfall kommen kann, und keine Behandlung in Ihrem *Zielland* planen,
- bei Auswahl einer Zusatzversicherung in Ergänzung des französischen *Sozialversicherungssystem*: müssen Sie über die CFE, die französische Sozialversicherung oder die CAFAT (oder ein gleichwertiges französisches System) versichert sein und in dieser Hinsicht den Kranken- und *Schwangerschaftsschutz* für die gesamte Versicherungslaufzeit in Anspruch nehmen können,
- bei Auswahl einer Zusatzversicherung in Ergänzung des EKVK:
 - müssen Sie in der französischen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein,
 - müssen Sie sich vor Ihrer Abreise die EKVK besorgen, die Sie dem Arzt in Ihrem *Zielland* vorlegen werden.
- Bei Auswahl des Angebotes MyStudies Cover:
 - müssen Sie den Status als Student, *Werkstudent*, Schüler oder Au-pair für die gesamte Vertragslaufzeit haben,
 - müssen Sie jederzeit eine Kopie Ihres gültigen Studentenausweises, Ihrer gültigen Schulbesuchsbescheinigung, Ihres gültigen Ausbildungsvertrages oder des gültigen Vertrages mit Ihre Gastfamilie bei einem Au-Pair-Aufenthalt auf Anfrage der Verwaltungsabteilung von APRIL International vorlegen können.

Sonderfall bei Zielland Frankreich (einschl. D.O.M.) – Protection Universelle Maladie – PUMA (Universal-Krankenschutz)

Wenn Sie für mehr als 3 Monate dauerhaft und ununterbrochen in Frankreich ansässig sind, haben Sie möglicherweise Anspruch auf den französischen PUMA-Universal-Krankenschutz, der *Ihnen* die Kostenübernahme Ihrer medizinischen Versorgung durch die französische Sozialversicherung garantiert.

Wenn Sie die APRIL International Krankenvollversicherung abschließen und anschließend die Bedingungen für die PUMA-Deckung erfüllen, können wir *Ihnen* unseren Vertrag als Zusatzversicherung in Ergänzung der französischen Sozialversicherung anbieten und Ihren vertrag dementsprechend anpassen. Es obliegt *Ihnen* zu prüfen, ob Sie von PUMA betroffen und dafür berechtigt sind. Weitere Informationen über die Aufnahmebedingungen finden Sie unter: <https://www.amelifr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

In die Versicherung können ebenfalls die folgenden Familienmitglieder aufgenommen werden (wenn diese auf Ihrer Versicherungsbescheinigung aufgeführt sind) sofern die o.g. Bedingungen erfüllt sind:

- Ihr Lebenspartner,
- Ihre unterhaltspflichtigen Kinder.

Die Aufnahme in den Versicherungsvertrag beruht auf der Grundlage Ihrer Erklärungen und denen des *Versicherungsnehmers* sowie nach Treu und Glauben der Parteien.

Die Versicherungsaufnahme unterliegt der medizinischen Genehmigung des Versicherers. *Wir* behalten uns das Recht vor, in Abhängigkeit mit den von der zu versichernden Person getätigten Angaben im Gesundheitsfragebogen, zusätzliche medizinische Informationen oder Unterlagen einzufordern.

Wenn *Sie* (oder eines Ihrer *Familienmitglieder*) ein erhöhtes (berufliches oder medizinisches) Risiko aufweisen, können *wir* die Versicherungsaufnahme entweder genehmigen, ggf. zu besonderen Bedingungen, oder die Versicherungsaufnahme verweigern.

Die Versicherungsaufnahme oder -erneuerung wird durch Ausstellung einer *Versicherungsbescheinigung* nachgewiesen, aus der das *Datum des Inkrafttretens*, der Tarif, die ausgewählte Versicherungsart (Krankenvollversicherung oder Zusatzversicherung in Ergänzung des französischen *Sozialversicherungssystems*), die Versicherungszone sowie die Vertragslaufzeit hervorgehen.

Es wird darauf hingewiesen, dass alle o.g. Formalitäten vom *Versicherungsnehmer* durchgeführt werden, sofern der *Versicherte* nicht über die Rechtsfähigkeit zur Vertragsunterzeichnung verfügt (im Falle eines minderjährigen Kindes).

4. DATUM DES INKRAFTTRETENS, DAUER UND WIDERRUF DES VERTRAGES

4.1 WANN BEGINNT IHR VERTRAG?

An dem aus der *Versicherungsbescheinigung* hervorgehenden Datum und frühestens am Tag des Einganges des vollständigen Aufnahmeantrages (einschließlich Antragsformulars und des Gesundheitsfragebogens, ausgefüllt und unterschrieben, für alle zu versichernden Personen), unter der aufschiebenden Bedingung der ersten *Beitragszahlung*, vorbehaltlich unserer Annahme, die durch die Ausstellung der *Versicherungsbescheinigung* unter Angabe des ausgewählten Leistungsumfanges nachgewiesen wird. Bei Auswahl des Versicherungsschutzes in Ergänzung der CFE, der französischen Sozialversicherung, der EKVK oder der CAFAT, gilt Ihr Versicherungsschutz vorbehaltlich der Gültigkeit Ihrer Ansprüche bei Ihrer Grundversicherung.

Wenn für Ihren Aufnahmeantrag eine medizinische Prüfung erforderlich ist, beginnt Ihr Vertrag frühestens am Tag nach unserer medizinischen Annahme.

4.2 FÜR IHREN VERTRAG GELTENDE WARTEZEITEN:

Der Versicherungsschutz ist für alle *Versicherten* ab dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages gültig, vorbehaltlich der Anwendung der folgenden *Wartezeiten* für die Krankenversicherung:

- **10 Monate für die Kosten in Verbindung mit einer Schwangerschaft**
In allen Fällen ist die Schwangerschaft nur abgedeckt für:
 - **Versicherte über MyStudies Cover mit Zielland Vereinigte Staaten (USA).**
 - **Versicherte über MyTravel Cover, die sich anlässlich einer Teilnahme an einem Working-Holiday Programm im Ausland aufhalten, außer für das Zielland Kanada.**
- **15 Tage, wenn Sie sich bei Vertragsabschluss bereits im Ausland aufhalten. Diese Wartezeit wird bei Vertragserneuerung oder bei Unfall nicht angewendet.**

Die Wartezeiten gelten ab dem Datum des Inkrafttretens, die aus Ihrer Versicherungsbescheinigung hervorgehen. Kosten für medizinische Behandlungen oder ärztliche Verfahren, die vor dem Datum des Inkrafttretens des Vertrages oder während der Wartezeiten verordnet wurden, sind definitiv aus dem Versicherungsvertrag ausgeschlossen und begründen keinen Leistungsanspruch.

4.3 VERSICHERUNGSLAUFZEIT UND ERNEUERUNG IHRES VERTRAGES:

Der Versicherungsschutz gilt für maximal 12 Monate (verlängert auf 18 oder 24 Monate für *Versicherte* in Kanada für bestimmte Visa, die einen Versicherungsschutz über 12 Monate hinaus erfordern).

Der Vertrag kann auf Antrag erneuert werden, vorausgesetzt, Sie erfüllen die Versicherungsbedingungen (siehe Abschnitt 3). *Sie* können Ihren Vertrag bis zu dreimal erneuern (für eine Gesamtversicherungsdauer von höchstens 36 Monaten (bzw. 48 Monaten für Kanada)), auf Antrag, vorbehaltlich der Zustimmung der Versicherer und nach Prüfung Ihres neuen Gesundheitsfragebogens (falls erforderlich). Der Erneuerungsantrag muss innerhalb des Monats vor dem Datum der Beendigung des Versicherungsvertrages gestellt werden, das aus der vorherigen *Versicherungsbescheinigung* hervorgeht. Die Änderung des Versicherungstarifes ist nur zum Zeitpunkt Ihres Antrags auf Erneuerung möglich.

4.4 EINSTELLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN IHRES VERTRAGES:

- a) bei Nichtzahlung der Beiträge (siehe Abschnitt 5.4);
- b) bei *Kündigung* der Vereinbarung durch den Versicherer oder die „Association des Assurés APRIL“ zur jährlichen Fälligkeit (In diesem Fall verpflichtet sich die Association, jeden *Versicherungsnehmer* zu informieren);
- c) sobald ich die Aufnahmebedingungen unter Abschnitt 3 nicht mehr erfüllen;
- d) am Tag der endgültigen Rückkehr in das *Land Ihrer Staatsangehörigkeit*;
- e) am letzten Tag, der auf der *Versicherungsbescheinigung* aufgeführt ist;
- f) sobald *Sie* nicht mehr über die CFE oder die französische Sozialversicherung (oder ein gleichwertiges französisches System) versichert sind, sofern *Sie* einen Vertrag in Ergänzung der CFE oder der französischen Sozialversicherung abgeschlossen haben. In diesem Fall tritt die *Kündigung* einen Monat nach Eingang der schriftlichen Mitteilung bei unserer Verwaltungsabteilung in Kraft.

Wir übernehmen nur die Kosten für medizinische Behandlungen und ärztliche Verfahren, die vor dem Datum der Beendigung des Versicherungsschutzes verschrieben und durchgeführt wurden.

Sanctions en cas de fausse déclaration

Unabhängig davon, ob es sich um Erklärungen handelt, die bei Vertragsabschluss oder während der Vertragslaufzeit in den Vertrag abzugeben sind, führt jedes Verschweigen oder jede vorsätzliche Falschdarstellung, jede Auslassung oder ungenaue Erklärung im Rahmen der Risikoerklärung je nach Fall zur Anwendung der Bestimmungen von Artikel L.113-8 des französischen Versicherungsgesetzes.

Darüber hinaus führt jede Unterlassung, Verheimlichung, absichtliche oder unabsichtliche Falschangabe in der Schadensmeldung, fehlende Angabe anderer kumulativer Versicherungen, Verwendung ungenauer Dokumente als Nachweise oder Verwendung betrügerischer Mittel dazu, dass der Versicherte und der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz verlieren und der Vertrag gekündigt wird.

Wir behalten uns das Recht vor, rechtliche Schritte einzuleiten, um den uns entstandenen Schaden zu beheben.

Sie werden dazu veranlasst sein, alle Leistungen zurückzahlen, die Ihnen zu Unrecht im Rahmen des Vertrages ausgezahlt wurden.

4.5 WIE KÖNNEN SIE VON IHREM VERTRAG ZURÜCKTRETEN?

Die Unterzeichnung des Aufnahmeantrages ist für den *Versicherungsnehmer* nicht bindend.

Wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Rahmen eines Haustürgeschäftes abschließt:

Es gelten die folgenden Bestimmungen lt. Art. L.112-9-I des französischen Versicherungsgesetzes: „Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz, selbst auf ihre Bitte, ein Haustürgeschäft abschließt und in diesem Rahmen ein Versicherungsangebot oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer Geschäfts- oder Berufstätigkeit fällt, kann von diesem Vertrag per Einschreiben mit Rückschein innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses ohne Begründung und straffrei zurücktreten.“

Dieses Rücktrittsrecht kann der Unterzeichner nicht mehr ausüben, sobald er von einem *Schadensfall* Kenntnis hat, für den der Versicherungsschutz in Anspruch genommen wird.“

Wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Rahmen eines Fernabsatzgeschäftes abgeschlossen hat (telefonisch oder über das Internet):

Der *Versicherungsnehmer* kann innerhalb einer Frist von 14 Tagen ab dem Erhalt der *Versicherungsbescheinigung*.

Allgemeine Bedingungen für die Ausübung des Rücktrittsrechts:

Der *Versicherungsnehmer* muss uns innerhalb der oben genannten Fristen durch eine unmissverständliche Erklärung über seine Entscheidung, von seinem Vertrag zurücktreten zu wollen, informieren.

Dafür ist es ausreichend, das Widerrufsformular auf Seite 27 auszufüllen oder APRIL International Care France einen nach folgendem Muster verfassten Brief zuzusenden:

„Ich, der/die Unterzeichner/in, Herr/Frau (Name, Vorname, Anschrift) déclare erkläre, von meinem Vertrag „MyTempo Cover“ Nr. zurückzutreten.

Ausgefertigt in am.....

Unterschrift

Im Fall eines Rücktrittes kann der *Versicherungsnehmer* nur zur Zahlung des *Beitrages* für den Zeitraum verpflichtet werden, während dem das Risiko bestand, wobei dieser Zeitraum bis zum Datum der *Kündigung* berechnet wird. *Wir* sind verpflichtet, dem *Versicherungsnehmer* den Restbetrag spätestens innerhalb von dreißig Tagen ab dem Datum der *Kündigung* zurückzuerstatten.

Allerdings bleibt der gesamte *Beitrag* fällig, sofern der *Versicherungsnehmer* sein Rücktrittsrecht ausübt, obwohl ein *Schadensfall*, der den Versicherungsschutz des Vertrages betrifft, während der Frist zur Ausübung des Widerrufsrechts stattgefunden hat.

5. BEITRÄGE

Der Abschluss dieses Vertrages entbindet Sie nicht von den Beiträgen zu einer gesetzlichen Versicherung, denen Sie u. U. unterliegen.

5.1 WIE WIRD DIE HÖHE IHRER BEITRÄGE BESTIMMT??

Der *Beitrag* wird durch das ausgewählte Angebot, den ausgewählten Tarif, die Versicherungsart, die Tarifzone, die Altersgruppe und die ausgewählte Versicherungslaufzeit bestimmt. Das Alter des *Versicherten*, das für die Berechnung des *Beitrages* berücksichtigt wird, ist das Alter des *Versicherten* am Tag des *Inkrafttretens* des Vertrages oder seiner Erneuerung. Im Falle einer Versicherungsaufnahme einer Familie bestimmt die Summe der Beiträge jedes *Versicherten* den *Gesamtbeitrag*.

Die vom *Versicherungsnehmer* zu zahlenden laufenden Steuern sind in dem *Beitrag* enthalten.

Was ist zu tun, wenn Ihr Auslandsaufenthalt abgesagt oder geändert wird?

Im Falle einer Stornierung, d. h. wenn wir vor dem Datum des Inkrafttretens des Vertrages schriftlich benachrichtigt werden:

der *Beitrag* wird dem *Versicherungsnehmer* zurückerstattet, wenn dem Antrag ein Nachweis über die Stornierung des *Auslandsaufenthalt* beigelegt wird.

Im Falle einer Kündigung, d.h. wenn wir nach dem Datum des Inkrafttretens des Vertrages schriftlich benachrichtigt werden:

Sie oder der *Versicherungsnehmer* können den Vertrag nach den ersten 3 Versicherungsmonaten kündigen. Die Beiträge für die ersten 3 Monate des Versicherungsschutzes werden nicht zurückerstattet.

Sie oder der Versicherungsnehmer (wenn abweichend) können den Vertrag nach Ablauf der ersten drei Monate kündigen, wenn Sie vorzeitig und endgültig in das Land Ihrer Staatsangehörigkeit zurückkehren.

Für die Kündigung müssen Sie uns den Antrag per E-Mail zusenden, zusammen mit einer Kopie des Rückreisetickets und jedem anderen Nachweis, der Ihre endgültige Rückkehr belegt. Wir erstatten Ihnen die Kosten anteilig für den Zeitraum zwischen dem Datum des Einganges Ihres Nachweises und dem ursprünglichen Enddatum Ihres Vertrages.

5.2 DIE ZAHLUNGSWEISEN:

Die Beiträge sind je nach der vom *Versicherungsnehmer* ausgewählten Zahlungsweise im Voraus in Euro zu entrichten:

- In voller Höhe, zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses per Kreditkarte oder PayPal,
- Monatlich, per SEPA-Lastschrift auf ein in Euro geführtes Bankkonto, das sich im einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrsraum (SEPA-Zone) befindet gegen eine Gebühr von 3 € pro Monat. Diese Zahlungsweise ist nicht möglich, wenn die Vertragsdauer weniger als 4 Monate beträgt.

Die erste *Beitragszahlung* muss per Kreditkarte oder PayPal bei Unterzeichnung des Aufnahmeantrages erfolgen.

5.3 WAS PASSIERT BEI NICHTZAHLUNG DER BEITRÄGE?

Bei Nichtzahlung eines *Beitrages* innerhalb von 60 Tagen nach Fälligkeit senden *wir* dem *Versicherungsnehmer* einen eingeschriebenen Mahnbrief zu. Diese Mahnung hat die Aussetzung des Versicherungsschutzes zur Folge. Nach einer weiteren Frist von 10 Tagen kündigen *wir* den Vertrag rechtmäßig. Darüber hinaus können *wir* gerichtliche Schritte einleiten, um die Zahlung der ausstehenden Beiträge einzufordern.

Im Falle einer Mahnung wegen Nichtzahlung wird der *Beitrag* gemäß dem französischen Versicherungsgesetzbuch sofort für das gesamte Jahr fällig.

Wir weisen *Sie* darauf hin, dass die Nichtzahlung und die *Kündigung* des Vertrages wegen Nichtzahlung den geschuldeten Betrag nicht aufheben. *Wir* werden alles in unserer Macht Stehende tun, um die Zahlung der fälligen Prämien zu erwirken, und können ein Unternehmen beauftragen, das auf die Eintreibung unbezahlter Beiträge im *Ausland* spezialisiert ist. Die Zuschläge aufgrund der Verwaltungskosten, die sich aus unseren Maßnahmen oder denen unserer Dienstleister ergeben, gehen zu Lasten des *Versicherungsnehmers*.

Im Falle der Zahlung des im Mahnschreiben genannten Betrages nach Aussetzung des Versicherungsschutzes und vor der *Kündigung* wird der Versicherungsschutz um 12.00 Uhr des auf die Zahlung folgenden Tages wieder aufgenommen.

Die während des Zeitraumes der Aussetzung der Versicherung aufgewendeten Kosten begründen im Rahmen dieses Vertrages keinen Anspruch auf Erstattung, selbst nach Bezahlung des *Beitrages*.

5.4 BEITRAGSENTWICKLUNG

- **Entwicklung der Steuern:** Alle Steuern oder Abgaben sozialer oder steuerlicher Art, die anwendbar werden und deren Einziehung nicht verboten ist, werden *Ihnen* in Rechnung gestellt, sind gleichzeitig mit dem *Beitrag* zu zahlen und erhöhen somit den zu zahlenden Betrag.
- **Regulatorische Entwicklung:** *Wir* können den *Beitrag* anpassen, um Änderungen der für den Vertrag geltenden Gesetze oder Vorschriften zu berücksichtigen. Wenn *Sie* unser Angebot nicht wahrnehmen möchten oder den neuen *Beitrag* ausdrücklich ablehnen, können *wir* Ihre Versicherung 30 Tage nach der Benachrichtigung per Einschreiben kündigen.

6. ÄNDERUNGEN IHRES VERTRAGES

6.1 WIE KÖNNEN SIE IHREN VERTRAG ÄNDERN?

Vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages: der *Versicherungsnehmer* kann den Versicherungstarif, die Versicherungsart und den Versicherungszeitraum, die er ursprünglich ausgewählt hat, ändern.

Sobald der Vertrag in Kraft getreten ist, kann er nicht mehr verändert werden. **Es wird somit nicht mehr möglich sein, weitere Begünstigte in den vertrag mitaufzunehmen oder den Leistungsumfang zu ändern.**

6.2 WELCHE INFORMATIONEN MÜSSEN SIE UNS MITTEILEN?

Der *Versicherte* und der *Versicherungsnehmer* müssen uns schriftlich über jede Änderung des Status, der Situation oder der Kontaktdaten informieren (**Mitteilungen, die an die zuletzt bekannten Kontaktdaten gesendet werden, haben volle Wirkung**) sowie bei Änderung der beruflichen Tätigkeit.

7. WAS IST DURCH IHREN VERTRAG VERSICHERT UND WIE KÖNNEN SIE LEISTUNGEN IN ANSPRUCH NEHMEN?

Mehrfachversicherungen:

Erstattungen von Versicherungen und anderen öffentlichen oder privaten Einrichtungen dürfen den Betrag der tatsächlich aufgewendeten Kosten nicht übersteigen. Die kumulativen Leistungen gelten innerhalb der Höchstdeckungssummen jeder einzelnen Leistung, unabhängig vom Datum ihres Abschlusses. Innerhalb dieses Rahmens können Sie eine Entschädigung erhalten, indem Sie sich an den Versicherer Ihrer Wahl wenden. MEHRFACHVERSICHERUNGEN SIND UNS VON IHNEN, UNTER ANDROHUNG VON VERWIRKUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES, ZU MELDEN. DIESE VERPFLICHTUNG GILT FÜR DIE GESAMTE VERTRAGSLAUFZEIT.

Die Begrenzung der Erstattungen auf die tatsächlich aufgewendeten Kosten wird vom Versicherer für jede versicherte Leistung oder Verfahren festgelegt.

Sie haben Anspruch auf die nachfolgenden Leistungen, sofern diese auf Ihrer *Versicherungsbescheinigung* aufgeführt sind.

7.1 KRANKENVERSICHERUNG:

Die Kosten für die medizinische Versorgung werden in Höhe der tatsächlichen Kosten und der angemessenen und üblichen Kosten unter Berücksichtigung des Ortes, an dem sie anfallen, übernommen.

7.1.1 ART UND HÖHE DER ERSTATTUNGEN

Alle medizinischen und chirurgischen Kosten, die von einer qualifizierten *medizinischen Behörde* verordnet oder durchgeführt wurden, werden bis zu den in der Leistungsübersicht und in der *Versicherungsbescheinigung* angegebenen Höchstdeckungssummen erstattet. Behandlung, Pflege, Untersuchungen und Konsultationen müssen angemessen und notwendig sein.

Sie müssen insbesondere:

- notwendig sein, um den pathologischen Zustand oder die Verletzung des Patienten zu bestimmen, zu diagnostizieren oder zu behandeln,
- den *Symptomen*, der Diagnose oder der Behandlung des Patienten angemessen sein,
- dem medizinischen oder wissenschaftlichen Kenntnisstand zum Zeitpunkt der Behandlung entsprechen,
- aus anderen Gründen als dem Komfort oder der Bequemlichkeit des Patienten oder der medizinischen Fachkraft notwendig sein,
- eine nachgewiesene und anerkannte medizinische Wirkung haben,
- als die am besten geeignete Art und Niveau angesehen werden,
- nur während eines angemessenen Zeitraums durchgeführt werden,
- an einem geeigneten Ort durchgeführt werden.

In dieser Definition berücksichtigt der Begriff "angemessen" den Gesundheitszustand des Patienten und die Kosten der Behandlungen.

Im Falle einer Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE oder eines französischen Grundversicherung, der CEAM oder CAFAT:

Erstattet werden nur Kosten, die von der CFE, der französischen Sozialversicherung oder der CAFAT übernommen werden (sofern in der Tariflichen Leistungszusage nicht anders angegeben). Der Versicherungsschutz wird durch die Teilnahme an Ihrer französischen Grundversicherung (französische Sozialversicherung oder gleichwertiges französisches System) oder der Caisse des Français de l'Étranger gewährleistet. *Wir* gewähren den Versicherungsschutz nach Beteiligung Ihrer Grundversicherung an der Schadensentschädigung.

Die Kosten werden für jedes einzelne medizinische Verfahren je nach ausgewähltem Tarif, Leistungen und Deckungssummen gemäß der Leistungsübersicht und im Rahmen der tatsächlich angewendeten Kosten erstattet. Für Gesundheitskosten, die in einer anderen Währung als dem Euro in Rechnung gestellt werden, wird der am Tag des Eintrittes des Schadensfalles geltende Wechselkurs angewendet. Erstattet werden können nur die Kosten für medizinische Verfahren, die während der Versicherungslaufzeit durchgeführt wurden.

Für jedes Angebot stehen zwei Tarife im Rahmen der Krankenversicherung je nach Ihren persönlichen Bedürfnissen und Anforderungen an den Versicherungsschutz zur Auswahl: EMERGENCY oder COMFORT.

EMERGENCY

Gesamtdeckungssumme der Krankenversicherung: 250.000 €

Versicherungsschutz **nur im Falle** eines *Unfalles* oder eines *medizinischen Notfalles*

Versicherungsschutz bis zu 750 € für *ambulante Heilbehandlung* nur im Falle eines *Unfalles* oder eines *medizinischen Notfalles*.

Bedingungen zur Inanspruchnahme der Leistungen: Für jeden Leistungsantrag muss der *Versicherte* das bei Vertragsabschluss bereitgestellte *Erstattungsformular* vom verschreibenden Arzt ausfüllen und unterschreiben lassen.

COMFORT

Gesamtdeckungssumme der Krankenversicherung: 500.000 €

Versicherungsschutz im Falle einer *plötzlichen Erkrankung*, eines *Unfalles* oder eines *medizinischen Notfalles*.

Deckungssummen:

Der Gesamtbetrag der Erstattungen durch den Versicherer ist *pro Versicherten* und *pro Versicherungsjahr* auf den in der Leistungsübersicht für jeden Tarif angegebenen Betrag begrenzt.

Im Falle einer Zusatzversicherung in Ergänzung der CFE oder einer französischen oder europäischen Grundversicherung:

Jede *Entschädigung* oder Leistung gleicher Art, die von der CFE oder der französischen Sozialversicherung (oder einem gleichwertigen französischen System) oder einer anderen öffentlichen oder privaten Einrichtung in Frankreich oder im *Ausland* gezahlt wird, wird von der Erstattung durch den Versicherer abgerechnet.

Höhe der Erstattung:

Die Erstattung der in der nachstehenden Leistungsübersicht aufgeführten Kosten und Verfahren im Rahmen der einzelnen Tarife wird für jedes Verfahren vom Versicherer im Rahmen der *tatsächlichen Kosten* festgelegt.

Es wird darauf hingewiesen, dass in der nachstehenden Übersicht, wenn die Erstattung des Vertrages in Ergänzung des französischen oder europäischen *Sozialversicherungssystems* erfolgt, die Erstattungen, die als Prozentsatz der *tatsächlichen Kosten* angegeben sind, nach Abzug der von diesem System gezahlten Leistungen erfolgen.

Die Leistungen des Versicherers werden je nach den Angaben auf der *Versicherungsbescheinigung* entweder in Ergänzung der Erstattungen des *Sozialversicherungssystems* oder als Krankenvollversicherung erbracht.

Behandlungen, die in Deutschland oder im angegebenen *Herkunftsland* durchgeführt werden, werden im Rahmen desselben Leistungsumfanges wie im *Zielland* erstattet.

Die Leistungen, die gegebenenfalls in Ergänzung der Leistungen des *Sozialversicherungssystems* gezahlt werden, sind in jedem Fall auf die durch den *Versicherten* oder seine mitversicherten Angehörigen tatsächlich aufgewendeten Kosten begrenzt.

TARIFE	EMERGENCY	COMFORT
Höchstdeckungssumme für die Krankenversicherung pro <i>Versicherungsjahr</i> und pro <i>Versicherten</i>	250.000 € Versicherungsschutz nur im Falle eines <i>Unfalles</i> oder <i>medizinischen Notfalles</i>	500.000 €
MEDIZINISCHE UND CHIRURGISCHE STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG – Ausgenommen Schwangerschaft		
<ul style="list-style-type: none"> › Transport im Krankenwagen (wenn die <i>stationären Heilbehandlungskosten</i> von APRIL International übernommen werden) › Aufenthaltskosten (einschl. <i>Tagessatz</i> in Frankreich) › Honorare für medizinische und chirurgische Leistungen › Untersuchungen, Laboranalysen, Arzneimittel › Medizinische Verfahren 	<p style="text-align: center;">100% der <i>tatsächlichen Kosten</i></p> <p><i>Vorherige Kostenzusage</i> erforderlich und Überweisung an das am besten geeignete <i>Krankenhaus</i> (abhängig von der <i>Pathologie</i> und den von den Einrichtungen berechneten Kosten)</p>	
<i>Stationäre Heilbehandlung</i> psychischer oder nervöser Störungen	80% der <i>tatsächlichen Kosten</i> , bis zu 30 Tage pro Jahr	
Einzelzimmer	Bis zu 50 € pro Tag	
AMBULANTE HEILBEHANDLUNG		
Arztbesuche und medizinische Leistungen bei Allgemeinmedizinern oder Fachärzten (ausgenommen <i>Psychiater</i>)	100% der <i>tatsächlichen Kosten</i> , bis zu 750 € pro Jahr nur nach einem <i>Unfall</i> oder <i>medizinischem Notfall</i> und gegen Vorlage des <i>Erstattungsformulars</i>	100% der <i>tatsächlichen Kosten</i>
Laboranalysen, Laboruntersuchungen, radiologische Verfahren, verschriebene Arzneimittel (mit Ausnahme von Verhütungsmitteln, Homöopathie, Phytotherapie, Impfstoffen, Malariaabehandlung und Behandlungen, die während einer <i>stationären Heilbehandlung</i> zur häuslichen Anwendung verschrieben werden, auch bei chronischen <i>Krankheiten</i>)		
Behandlungen durch Pflegepersonal und Physiotherapeuten (nach <i>stationärer Heilbehandlung</i> , die durch APRIL International übernommen wurde)		
<i>Psychiater</i>	Nicht versichert	80% der <i>tatsächlichen Kosten</i> Bis zu 5 Sitzungen pro Jahr
Nicht <i>unfallbedingte zahnärztliche Notfallbehandlung</i>	100% der <i>tatsächlichen Kosten</i> Bis zu 400 € pro Jahr	
ZAHNMEDIZIN, MEDIZINISCHE APPARATUREN, SEHHILFEN INFOLGE EINES UNFALLES		
<i>Zahnärztliche Notfallbehandlung</i> <i>Zahnprothesen</i> › Inlay Kern, Inlay-Onlay	100% der <i>tatsächlichen Kosten</i> Bis zu 800 € pro Jahr	
Nicht kombinierbar mit einer nicht <i>unfallbedingten zahnärztlichen Notfallbehandlung</i> .	<i>Vorherige Kostenzusage</i> notwendig	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinische Geräte und Vorrichtungen, ▪ medizinische oder orthopädische Prothesen ▪ Audioprothesen ▪ <i>Sehhilfen</i>: Gläser, Brillenfassung und ▪ Kontaktlinsen 	100% der <i>tatsächlichen Kosten</i> Bis zu 300 € pro Jahr <i>Vorherige Kostenzusage</i> notwendig	

SONDERFALL DER SCHWANGERSCHAFTSLEISTUNGEN

Die Leistungen für *Schwangerschaft*, dessen Deckungssummen weiter unten aufgeführt sind, gelten nur in den folgenden Fällen:
 - Für die *Versicherten* über MyStudies Cover, die als *Zielland* die Vereinigte Staaten (USA) ausgewählt haben und die somit in der Tarifzone 1 versichert sind, wird der Versicherungsschutz für *Schwangerschaftsleistungen* unter den folgenden Bedingungen gewährt:

TARIFE	EMERGENCY	COMFORT
SCHWANGERSCHAFT – Wartezeit von 10 Monaten		
Aufenthaltskosten	Nicht versichert	100% der <i>tatsächlichen Kosten</i> Bis zu 7 500 € pro <i>Schwangerschaft</i> 15 000 € im Falle eines gerechtfertigten Kaiserschnitts <i>Vorherige Kostenzusage</i> notwendig
Honorare und medizinische Verfahren		
Medizinische Analysen, Radiographie, Arzneimittel		
Standard-Einzelzimmer		
<i>Prä- und postnatale Untersuchungen und Versorgung</i>		

- Für die *Versicherten* über MyTravel Cover, die sich im Rahmen eines Working-Holiday-Programmes im *Ausland* aufhalten, wird der Versicherungsschutz für *Schwangerschaftsleistungen* unter den folgenden Bedingungen gewährt, außer wenn der *Versicherte* das *Zielland* Kanada ausgewählt hat.

FORMULES	EMERGENCY	COMFORT
MATERNITÉ – Délai d’attente 10 mois		
Aufenthaltskosten	100% der <i>tatsächlichen Kosten</i> Bis zu 3 000 € € pro <i>Schwangerschaft</i> 6 000 € im Falle eines gerechtfertigten Kaiserschnitts <i>Vorherige Kostenzusage</i> notwendig	100% der <i>tatsächlichen Kosten</i> Bis zu 7 500 € pro <i>Schwangerschaft</i> 15 000 € im Falle eines gerechtfertigten Kaiserschnitts <i>Vorherige Kostenzusage</i> notwendig
Honorare und medizinische Verfahren		
Medizinische Analysen, Radiographie, Arzneimittel		
Standard-Einzelzimmer		
<i>Prä- und postnatale Untersuchungen und Versorgung</i>		

Um diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können, werden entsprechende nachweise eingefordert.

7.1.2 WAS IST BEI EINER STATIONÄREN HEILBEHANDLUNG ZU TUN?

Jede stationäre Heilbehandlung unterliegt einer vorherigen Kostenzusage unseres Vertrauensarztes.

Um diese *vorherige Kostenzusage* zu erhalten, müssen Sie spätestens 5 Tage vor Ihrer *Krankenhauseinweisung* von Ihrem behandelnden Arzt das Formular „*Vertrauliche medizinische Bescheinigung*“ ausfüllen lassen.

Im Fall einer Notaufnahme im *Krankenhaus* kontaktieren Sie uns bitte so schnell wie möglich, damit wir Ihnen dieses Formular zusenden können.

Dieses Formular, in dem der Grund für Ihr *stationäre Heilbehandlung*, der Zeitraum und die Art des *medizinischen Leidens* sowie das Datum des Auftretens der ersten *Symptome* oder die Umstände des *Unfalles* angegeben sind (in diesem Fall ist ein *Unfallbericht* beizufügen), muss zusammen mit allen anderen medizinischen Unterlagen, die für die Untersuchung Ihres Antrages auf Kostenübernahme nützlich sind, an unseren Vertrauensarzt gesendet werden.

Wird diese Formalität der vorherigen Kostenzusage nicht eingehalten, wird ein Selbstbehalt von 20 % auf die Erstattung Ihrer Rechnung einbehalten, wenn unser Vertrauensarzt die medizinische Notwendigkeit des Verfahrens anerkennt.

Bestimmungen über die direkte Übernahme der stationären Heilbehandlungskosten:

Die *stationären Heilbehandlungskosten* und die Voruntersuchungen im Zusammenhang mit einer *stationären Heilbehandlung* können nach *vorheriger Kostenzusage* des Versicherers von diesem im Rahmen der im Vertrag vorgesehenen Leistungen zu den üblichen, geläufigen und angemessenen Bedingungen des Ortes, an dem der *Krankenhausaufenthalt* erfolgt, direkt übernommen werden. Eine eventuelle Selbstbeteiligung muss direkt vom *Versicherten* gezahlt werden.

7.1.3 WIE ERFOLGT DIE BEANTRAGUNG EINER VORHERIGEN KOSTENZUSAGE VOR BEGINN BESTIMMTER BEHANDLUNGEN?

Alle medizinischen Ausgaben, die 2.000 € oder mehr betragen, bedürfen einer *vorherigen Kostenzusage* unseres Vertrauensarztes. Bevor Sie diese Kosten aufwenden, müssen Sie daher von dem Arzt, der die Behandlung verschreibt, einen Antrag auf vorherige Zustimmung ausfüllen lassen und dem Antrag einen detaillierten Kostenvoranschlag beifügen. Im Fall einer *Schwangerschaft* senden Sie uns bitte eine Bescheinigung, die uns diesen Zustand bestätigt.

Wird diese Formalität der vorherigen Kostenzusage nicht eingehalten, wird ein Selbstbehalt von 20 % auf die Erstattung Ihrer Rechnung einbehalten, wenn unser Vertrauensarzt die medizinische Notwendigkeit des Verfahrens anerkennt.

7.1.4 WIE STELLT MAN EINEN LEISTUNGSANTRAG?

Sie müssen **die Rechnungen (und andere Belege) während eines Zeitraums von 2 Jahren** ab dem Datum **aufbewahren**, an dem Sie den Leistungsantrag gestellt haben. Sie können für die Bearbeitung Ihres Antrags eingefordert werden.

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag in jedem Fall die folgenden Unterlagen bei:

- Die Originale der Honorarnoten oder der bezahlten Rechnungen, datierte ärztliche Verordnungen und Rezepte mit Angabe von Name, Vorname und Geburtsdatum der behandelten Person, Art der *Krankheit*, Art und Datum der Arztbesuche bzw. der Behandlungen sowie Zahlungsnachweis. Auf den Rezepten müssen der Name und der Preis des Arzneimittels sowie die Landeswährung deutlich angegeben sein;
- Wenn für die Behandlung ein Antrag auf *vorherige Kostenzusage* erforderlich ist, das entsprechende Formular, dass von unserer Erstattungsabteilung benötigt wird;
- Im Fall einer *stationären Heilbehandlung* müssen Sie Ihrem Antrag auch den *Krankenhausbericht* und das von Ihrem Arzt ausgefüllte *vertrauliche medizinische Bescheinigung* beifügen. Bitte vergewissern Sie sich auch, dass auf Ihrer Rechnung die Kosten für das Einzel- oder Zweibettzimmer angegeben sind;
- Im Falle eines *Unfalles* der *Unfallbericht*;
- Der Nachweis des *Unfalles* oder der *plötzlichen Erkrankung* für eine Behandlung, die außerhalb der geltenden Tarifzone durchgeführt wurde;
- Der Nachweis des *Unfalles* oder der *plötzlichen Erkrankung* für zahnärztliche, orthopädische und optische Behandlungen;
- Der Nachweis des *Unfalles* oder der *plötzlichen Erkrankung* und das vom verschreibenden Arzt ausgefüllte und unterzeichnete spezielle *Erstattungsformular*, wenn der Tarif EMERGENCY ausgewählt wurde.
- Der Nachweis des vorübergehenden Aufenthaltes aus nichtmedizinischen Gründen von weniger als 60 oder 90 Tagen zur Behandlung im *Land der Staatsangehörigkeit*.
- **Im Fall eines Versicherungsschutzes in Ergänzung der Sozialversicherung:** die Erstattungsbelege (oder Zahlungsnachweise) der Sozialversicherung, denen der *Versicherte* den Nachweis über die Höhe der *tatsächlichen Kosten* beifügen muss, wenn diese nicht auf dem von dieser Organisation ausgestellten Beleg angegeben sind oder wenn der Versicherungsschutz dieser Organisation nicht beansprucht werden konnte. Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass für Verfahren oder Kosten, die von der Sozialversicherung abgelehnt oder nicht übernommen werden, aber durch den Vertrag abgedeckt sind, die Erstattung durch den Versicherer von der Vorlage detaillierter Rechnungen und zusätzlicher Belege, insbesondere ärztlicher Verschreibungen, abhängig ist.

Wir behalten uns das Recht vor, weitere Nachweise einzufordern, die wir für erforderlich halten, um sicherzustellen, dass Ihre Behandlung durch den Vertrag abgedeckt ist.

Die versicherten Leistungen werden in Euro ausgezahlt. Bei Gesundheitskosten, die in einer anderen Währung als dem Euro in Rechnung gestellt werden, wird der zum Zeitpunkt der Entstehung des *Schadensfalles* geltende Wechselkurs angewendet. Sollten Sie mit der Höhe der Erstattung nicht einverstanden sein, teilen Sie uns dies bitte innerhalb von 3 Monaten nach dem Datum der Erstellung des Erstattungsberichtes mit.

SONDERFÄLLE FÜR DIE BEHANDLUNG IN DEN VEREINIGTEN STAATEN (USA). WIR STELLEN IHNEN GESUNDHEITSNETZWERKE ZUR VERFÜGUNG, IN DENEN SIE VON EINER DIREKTZAHLUNG BEANSPRUCHEN KÖNNEN.

Diese beiden Netzwerke umfassen 690.000 Ärzte, mehr als 5.500 Krankenhäuser und mehr als 68.000 Apotheken. Sie müssen nicht in Vorkasse treten, wir begleichen Ihre Rechnung direkt, innerhalb der Deckungssummen Ihres Vertrages.

WIE KANN ICH MICH ÜBER PARTNER-KRANKENHÄUSER, -APOTHEKEN UND -ÄRZTE INFORMIEREN?

Folgende Schritte sind zu befolgen:

> Gehen Sie auf die Website <https://april.globalexcel.com>

> Klicken Sie auf das gesuchte ärztliche Fachgebiet und dann auf « Find a provider » oder « Find a pharmacy »

> Geben Sie den Ort an und klicken Sie auf « Search ».

> Wählen Sie « Passport to Healthcare® Primary PPO Network » aus und klicken Sie auf « Continue ».

> Wählen Sie das medizinische Fachgebiet aus und wählen Sie eine Arztpraxis oder eine medizinische Einrichtung in der angegebenen Liste aus, um die Kontaktdaten und Adresse zu erhalten.

> Sie können auch die Abschnitte « Other useful resources » benutzen, um Ihre Suche durchzuführen.

Oder benutzen Sie direkt das Geolokalisierungstool der Mobile-App EASY CLAIM.

Außer in Fällen höherer Gewalt übernehmen wir keine Kosten für Ihre medizinische Versorgung außerhalb unserer Partnergesundheitsnetzwerke. In bestimmten Notfällen ist es möglich, dass Sie nicht zu einer medizinischen Einrichtung gehen können, die Mitglied des AETNA-Netzwerkes ist. In diesem Fall werden Ihre Kosten übernommen.

7.2 ASSISTANCE-VERSICHERUNG:

Wie können Sie die Assistance-Versicherung in Anspruch nehmen?

Um die folgenden Garantien in Anspruch nehmen zu können, ist die vorherige Zustimmung des Versicherers zwingend erforderlich:

- entweder per Telefon unter +33 (0)1 41 61 23 25,
- oder per Fax an +33 (0)1 44 51 51 15.

Europ Assistance wird nur dann medizinisch tätig, wenn die Organisation der ersten Hilfe von einer zuständigen *medizinischen Behörde* beschlossen wurde.

Beim ersten Anruf setzt sich das Ärzteteam mit dem behandelnden Arzt vor Ort in Verbindung, um unter den bestmöglichen Bedingungen eingreifen zu können, die dem Zustand des Kranken oder Verletzten am besten entsprechen.

ANWENDUNGSBEDINGUNGEN

Der Assisteur greift erst dann medizinisch ein, wenn die Organisation der ersten Hilfe von einer zuständigen *medizinischen Behörde* beschlossen wurde.

Die Organisation einer der unten aufgeführten Hilfeleistungen durch Sie selbst oder Ihre Angehörigen kann nur dann zu einer Erstattung führen, wenn der Assisteur über dieses Verfahren informiert wurde, seine ausdrückliche Zustimmung erteilt und Ihnen eine Aktennummer mitgeteilt hat. In diesem Fall werden die Kosten gegen Beleg und bis zur Höhe der Kosten erstattet, die dem Assisteur hätte aufwenden müssen, wenn er die Leistung selbst organisiert hätte.

Der Assisteur haftet nicht für Verzögerungen oder Behinderungen bei der Erbringung seiner Leistungen im Falle von Streiks, Unruhen, Volksbewegungen, Repressalien, Einschränkungen des freien Waren- und Personenverkehrs, Terror- oder Sabotageakten, Kriegszustand, erklärtem oder nicht erklärtem Bürger- oder Auslandskrieg, Zerfall des Atomkerns, Aussendung ionisierender Strahlung und anderen zufälligen Ereignissen oder *höherer Gewalt*.

7.2.1 KRANKENTRANSPORT, SANITÄRER RÜCKTRANSPORT

Im Falle eines *Unfalles* oder einer *Krankheit* setzen sich die Ärzte des Assisteurs mit den behandelnden Ärzten vor Ort in Verbindung und treffen die für Ihren Zustand am besten geeigneten Entscheidungen auf der Grundlage der gesammelten Informationen und der alleinigen medizinischen Erfordernisse.

Wenn das *Ärzteteam* des Assisteurs Ihren Rücktransport empfiehlt, organisiert und übernimmt der Assisteur die Durchführung des Rücktransportes entsprechend den von seinem *Ärzteteam* festgelegten medizinischen Erfordernissen.

Das Ziel des Rücktransportes ist:

- Entweder das am besten geeignete *Krankenhaus*,
- oder das nächstgelegene *Krankenhaus* zu Ihrem Wohnsitz in dem *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem *Heimatland*, wenn es sich von diesem unterscheidet) oder zu Ihrem Wohnort in Ihrem *Zielland*,
- oder Ihr Wohnsitz in dem *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem *Herkunftsland*, falls abweichend) oder in Ihrem *Zielland*.

Wenn Sie in einem *Krankenhaus* außerhalb des *Krankenhaussektors* Ihres gewöhnlichen Wohnsitzes in dem *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* oder Ihres Wohnortes in Ihrem *Zielland* behandelt werden, organisiert der Assisteur Ihre Rückkehr nach medizinisch festgestellter *Konsolidierung* und übernimmt die Kosten für Ihren Transport an Ihren Wohnort in Ihrem *Zielland* oder an Ihren Wohnort in Ihrem *Herkunftsland*. Die Mittel für den Rücktransport können ein leichtes Sanitätsfahrzeug, ein Krankenwagen, ein Zug, ein Linienflugzeug oder ein Sanitätsflugzeug sein.

Die endgültige Entscheidung über den Ort der *Krankenhauseinweisung*, das Datum, die Notwendigkeit Ihrer Begleitung und die verwendeten Mittel liegt ausschließlich beim *Ärzteteam*.

Jede Ablehnung der vom *Ärzteteam* vorgeschlagenen Lösung führt zur Annullierung der Personen-Assistance-Leistung.

Der Assisteur kann Sie auffordern, Ihren Fahrschein zu verwenden, wenn dieser verwendet oder geändert werden kann.

7.2.2 RÜCKFÜHRUNG DER STERBLICHEN ÜBERRESTE IM TODESFALL UND KOSTEN FÜR DEN TRANSPORTSARG

Im Todesfall organisiert und bezahlt der Assisteur die Rückführung Ihres Leichnams oder der Asche vom Ort des Todes bis zum Ort der Beisetzung in dem *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem Heimatland, wenn abweichend). Der Versicherer übernimmt die Kosten für die postmortale Behandlung, die Einsargung und die für den Transport erforderlichen Einrichtungen. Die Kosten für einen Sarg im Zusammenhang mit dem vom Assisteur organisierten Transport werden bis zu einem Höchstbetrag von 1.500 € übernommen. Die Kosten für die Beerdigung, die Trauerfeier, die örtlichen Konvois und die Beerdigung oder Einäscherung sind von Ihrer Familie zu tragen. Die Auswahl der am Rückführungsprozess beteiligten Unternehmen obliegt ausschließlich dem Assisteur.

7.2.3 BEGLEITUNG DES VERSTORBENEN VERSICHERTEN

Wenn sich die Anwesenheit eines *Familienmitglieds* oder eines Angehörigen als unerlässlich erweist, um die Erkundung des Leichnams des verstorbenen *Versicherten* und die Formalitäten für die Rückführung oder Einäscherung durchzuführen, stellt der Versicherer ein Ticket für den Hin- und Rückflug in der Economy-Klasse des Flugzeugs oder in der ersten Klasse des Zugs zur Verfügung. Diese Leistung kann nur in Anspruch genommen werden, wenn der *Versicherte* zum Zeitpunkt ihres Todes allein vor Ort war.

7.2.4 ÜBERSETZUNG VON RECHTLICHEN ODER ADMINISTRATIV RELEVANTEN DOKUMENTEN

Wenn Sie sich im *Ausland* befinden oder im Falle eines Krankenrücktransportes und wenn die gesprochene Sprache Ihnen erhebliche Probleme bereitet, gesetzliche oder administrative Dokumente zu verstehen, organisiert und bezahlt der Assisteur die Übersetzung der genannten Dokumente in Ihre Muttersprache. Die Kostenübernahme durch den Assisteur darf 500 € pro *Versicherungsjahr* nicht überschreiten. Der Assisteur kann nicht für die Folgen einer schlechten Übersetzung oder eines Missverständnisses Ihrerseits haftbar gemacht werden.

7.2.5 ANWESENHEIT EINES FAMILIENMITGLIEDES BEI STATIONÄRER HEILBEHANDLUNG EINES VERSICHERTEN VON MEHR ALS 6 TAGEN

Wenn Ihr Gesundheitszustand einen Krankenrücktransport nicht zulässt oder erfordert und der *Krankenhausaufenthalt* vor Ort mehr als 6 aufeinander folgende Tage beträgt, stellt der *Assisteur* einem Mitglied Ihrer Familie ein Ticket für den Hin- und Rückflug in der Economy-Klasse oder ein Zugticket für Hin- und Rückfahrt in der ersten Klasse zur Verfügung, um sich vor Ort aufzuhalten. Diese Leistung wird nur dann erbracht, wenn kein *Familienmitglied*, das volljährig ist, vor Ort ist. Der *Assisteur* organisiert und übernimmt auch die Hotelkosten (nur Zimmer und Frühstück) für maximal 10 Nächte in Höhe von 80 € pro Nacht. Für jede andere Lösung einer vorübergehenden Unterbringung besteht kein Leistungsanspruch.

7.2.6 VORZEITIGE RÜCKKEHR BEI EINEM TODESFALL ODER EINER STATIONÄREN HEILBEHANDLUNG EINES FAMILIENMITGLIEDES

Der *Assisteur* stellt *Ihnen* im Todesfall oder eines stationären *Krankenhausaufenthaltes* von mehr als fünf Tagen eines *Familienmitgliedes* in dem *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem *Herkunftsland*, falls abweichend) ein Ticket für den Hin- und Rückflug in der Economy-Klasse oder ein Zugticket für Hin- und Rückfahrt in der ersten Klasse zur Verfügung. Die Hinreise muss innerhalb von 8 Tagen nach dem Todestag oder der *Krankenhauseinweisung* erfolgen.

Diese Leistung wird erbracht, wenn sich das Ableben oder die *Krankenhauseinweisung* nach dem Datum Ihrer Abreise ins *Ausland* ereignet hat. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Realität des versicherten Ereignisses (*Krankenhausbericht*, *Sterbeurkunde* usw.) zu überprüfen, bevor die Leistung gewährt wird.

Um diese Leistung in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie sich unbedingt mit dem Assisteur in Verbindung setzen, um seine vorherige Zustimmung zu erhalten. Andernfalls behält sich der Assisteur das Recht vor, die Erstattung der von Ihnen gekauften Tickets zu verweigern.

7.2.7 VORZEITIGE RÜCKKEHR IM SCHADENSFALL AM HEIMISCHEN WOHNSITZ

Wenn *Sie* auf Reisen sind und Ihre Anwesenheit vor Ort unerlässlich ist, um die notwendigen Formalitäten zu erledigen, organisiert der *Assisteur* Ihren Transport sowie den Transport eventueller minderjähriger Kinder, die vor Ort nicht betreut werden können, bis zum *beschädigten Wohnsitz*. Der *Assisteur* übernimmt die Kosten für die Fahrkarten für einen Flug in der Economy-Klasse, einen Zug in der 1. Klasse oder einen Mietwagen der Kategorie A oder B für eine Dauer von maximal 24 Stunden, unter der Voraussetzung, dass die normalerweise für die Rückreise vorgesehenen Fahrscheine nicht benutzt oder geändert werden können. Diese Leistung wird innerhalb von 72 Stunden ab dem Tag des Eintritts oder der Kenntnisnahme des *Schadensfalles* gewährt und wenn *Sie* sich mehr als 50 km von Ihrem Wohnsitz entfernt befinden.

7.2.8 VORZEITIGE RÜCKKEHR IM FALLE EINES ATTENTATES, POLITISCHER UNRUHEN ODER EINER NATURKATASTROPHE

Wenn *Sie* auf Anraten der örtlichen Behörden Ihres *Ziellandes* oder der Behörden des *Landes Ihrer Staatsangehörigkeit*, aufgrund von Terroranschlägen oder Ereignissen, die das politische System instabil machen, oder aufgrund von Naturkatastrophen (wie Erdbeben oder Überschwemmungen) gezwungen sind, Ihren Aufenthaltsort zu verlassen, können *Sie* die Leistung der vorzeitigen Rückreise in Anspruch nehmen. Hierzu übermitteln *Sie* dem *Assisteur* nach Ihrer Rückkehr in das *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* alle Belege, die es *Ihnen* ermöglichen, die Transportkosten bis zur Höhe des Preises eines Flugtickets (Economy-Klasse) oder eines Zugtickets (1. Klasse) erstattet zu bekommen. Diese Leistung wird nur außerhalb des *Landes Ihrer Staatsangehörigkeit* erbracht.

7.2.9 RÜCKTRANSPORT DER VERSICHERTEN FAMILIENMITGLIEDER

Im Falle eines Krankenrücktransportes oder der Überführung des Leichnams des *Versicherten* organisiert der *Assisteur* den Rücktransport bis zum Wohnsitz der versicherten *Familienmitglieder*, die sich mit dem *Versicherten* im *Ausland* aufhalten. Der *Assisteur* übernimmt die Kosten für eine einfache Fahrt im Flugzeug in der Economy-Klasse oder im Zug in der 1. Klasse, vorausgesetzt, dass die ursprünglich für ihre Rückreise vorgesehenen Mittel nicht verwendbar oder veränderbar sind.

7.2.10 RÜCKKEHR IN IHR ZIELLAND NACH KONSOLIDIERUNG

Wenn *Sie* nach einem Krankenrücktransport in der Lage sind, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen, organisiert der *Assisteur* nach Zustimmung seines *Ärzteteams* Ihre Rückkehr in Ihr *Zielland*, um die unterbrochene Entsendung/den unterbrochenen Aufenthalt wieder aufzunehmen. Der *Assisteur* übernimmt die Kosten für eine einfache Fahrt im Flugzeug in der Economy-Klasse oder im Zug in der 1. Klasse.

7.2.11 ÜBERMITTLUNG DRINGENDER NACHRICHTEN

Wenn es *Ihnen* materiell unmöglich ist, eine dringende Nachricht zu übermitteln, und *Sie* dies beantragen, übernimmt der *Assisteur* die kostenlose Übermittlung Ihrer Nachrichten oder Mitteilungen auf dem schnellsten Weg an Ihre *Familienmitglieder*, Ihre Angehörigen oder Ihren Arbeitgeber. Die Verantwortung für die Nachrichten liegt bei den Verfassern, die identifizierbar sein müssen und die für den Inhalt verantwortlich sind, während der *Assisteur* lediglich als Vermittler für die Übermittlung fungiert. Der *Assisteur* kann auch in umgekehrter Richtung als Vermittler fungieren.

7.2.12 UNMÖGLICHE RÜCKKEHR

Im Falle des Eintretens eines Ereignisses, das von den öffentlichen Behörden Ihres *Ziellandes* als *höhere Gewalt* eingestuft wird und das *Sie* daran hindert, endgültig in das *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* zurückzukehren, übernimmt der Versicherer Ihre zusätzlichen Aufenthaltskosten vor Ort in Höhe von 80 € pro Nacht (nur Verpflegungs- und Unterbringungskosten) für eine maximale Dauer von 5 Nächten.

Die Leistung tritt erst in Kraft, nachdem die öffentlichen Behörden des Landes, in dem *Sie* sich aufhalten, den Zustand *höherer Gewalt* erklärt haben und der *Assisteur* dem vorher zugestimmt hat. Alle ohne die vorherige Zustimmung des *Assisteurs* entstandenen Kosten sowie alle Kosten, die durch eine Verlängerung des Aufenthalts entstehen, die nicht auf ein als *höhere Gewalt* eingestuftes Ereignis zurückzuführen ist, begründen keinen Anspruch auf Leistung. Bei Eintritt eines Ereignisses *höherer Gewalt* bleiben alle Leistungen des Vertrages für maximal 5 Tage ab dem auf Ihrer *Versicherungsbescheinigung* eingetragenen Enddatum bestehen.

7.2.13 REISE-ASSISTANCE BEI VERLUST ODER DIEBSTAHL VON PERSÖNLICHEN GEGENSTÄNDEN

Bei Reisen im *Ausland*, bei Verlust oder Diebstahl Ihrer persönlichen *Gegenstände* (Ausweispapiere, Zahlungsmittel, Gepäck) oder Ihrer Fahrscheine und nach Meldung bei den zuständigen örtlichen Behörden unternimmt der *Assisteur* alles, um *Ihnen* bei Ihren Schritten zu helfen.

Der *Assisteur* ist nicht befugt, Einsprüche bezüglich der Zahlungsmittel für Rechnung Dritter vorzunehmen. Falls in dem *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* Ersatzdokumente zur Verfügung gestellt werden, sorgt der *Assisteur* dafür, dass diese auf dem schnellsten Weg zu *Ihnen* gelangen.

Der *Assisteur* kann einen Vorschuss von bis zu 1.000 € pro Ereignis leisten, um *Ihnen* zu ermöglichen, die notwendigsten Einkäufe zu tätigen.

Bei Verlust oder Diebstahl eines Fahrscheins kann der *Assisteur Ihnen* einen neuen, nicht übertragbaren Fahrschein zukommen lassen, für den ein Vorschuss geleistet wird.

Diese Vorschüsse können gegen eine von *Ihnen* selbst oder von einem Dritten hinterlegte Kautionsleistung geleistet werden. Die Rückzahlung aller Vorschüsse muss innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum der Bereitstellung der Beträge erfolgen.

7.2.14 SUCHE UND VERSAND VON VOR ORT NICHT VERFÜGBAREN MEDIKAMENTEN

Wenn es nicht möglich ist, vor Ort die unentbehrlichen Medikamente oder ihre Äquivalente zu finden, die vor der Abreise von Ihrem behandelnden Arzt in dem *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* (oder in Ihrem *Herkunftsland*, falls abweichend) verschrieben wurden, sucht der *Assisteur* in Frankreich nach diesen Medikamenten.

Wenn sie verfügbar sind, werden sie so schnell wie möglich versandt, vorbehaltlich der örtlichen gesetzlichen Bestimmungen und der verfügbaren Transportmittel.

Diese Leistung wird für punktuelle Anfragen erbracht. *Sie* kann auf keinen Fall im Rahmen von Langzeitbehandlungen, die einen regelmäßigen Versand erfordern, oder im Rahmen eines Impfstoffantrags gewährt werden. Die Kosten für die Medikamente müssen *Sie* selbst tragen. *Sie* verpflichten sich, den Betrag zuzüglich eventueller Zollabfertigungskosten innerhalb von höchstens 30 Tagen ab dem Versanddatum zurückzuzahlen.

7.2.15 SUCH- UND RETTUNGSKOSTEN

Der Versicherungsschutz umfasst die Erstattung Ihrer Such- und Rettungskosten, die durch den Einsatz von spezialisierten Teams mit allen Mitteln, einschließlich des Einsatzes eines Hubschraubers, auf privatem oder öffentlichem Gelände erforderlich werden, um *Sie* zu lokalisieren und in die nächstgelegene medizinische Einrichtung zu bringen, bis zu einer Höhe von 5.000 € pro *Versicherten* und 15.000 € pro Ereignis.

In jedem Fall ist die Versicherungsleistung auf den Betrag der Kosten begrenzt, die *Sie* auf Rechnung ganz oder teilweise an die offiziellen eingegriffenen Stellen zurückzahlen müssen. Die Versicherungsleistung gilt zusätzlich zu den Leistungen, über die *Sie* anderweitig verfügen. *Sie* (oder jede Person, die in Ihrem Namen handelt) müssen den *Assisteur* sofort mündlich benachrichtigen, spätestens jedoch innerhalb von 48 Stunden nach der Intervention, und die Gründe für die Intervention angeben.

7.2.16 EINSCHRÄNKUNGEN DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Wenn der *Assisteur* einen Rücktransport oder eine Beförderung organisiert und übernimmt, können *Sie* aufgefordert werden, Ihr Reiseticket vorrangig zu verwenden.

Wenn der *Assisteur* auf eigene Kosten für Ihre Rückreise gesorgt hat, müssen *Sie* ihm unbedingt den nicht verwendeten Fahrschein übergeben.

7.3 PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG

Der *Assisteur* stellt dem Versicherten eine psychologische Betreuung zur Verfügung. Der klinische Psychologe bietet den Versicherten in absoluter Vertraulichkeit eine medizinisch-psychologische Unterstützung, die es ihnen ermöglicht, sich anzuvertrauen und die Situation, mit der sie konfrontiert sind, zu klären. Er wird ihnen helfen, ihre persönlichen, familiären, sozialen und medizinischen Ressourcen zu identifizieren, zu bewerten und zu mobilisieren, um diese schwierige Zeit zu überstehen.

Die Leistung wird telefonisch erbracht. Nach einem einfachen Anruf wird ein Termin nach Vereinbarung mit einem Psychologen des *Assisteurs* vereinbart, der zurückruft, um die Maßnahme einzuleiten. Bei Bedarf kann der Anrufer direkt mit einem Psychologen verbunden werden, sofern einer der Psychologen des Teams des *Assisteurs* tatsächlich verfügbar ist. Die Gespräche werden vertraulich und unter Einhaltung der geltenden berufsethischen Regeln geführt. Die angebotene Begleitung ist auf maximal drei (3) Gespräche begrenzt.

Je nach Situation und Erwartung des Leistungsempfängers kann ein Termin für ein Treffen mit einem staatlich anerkannten Psychologen in der Nähe seines Wohnortes vereinbart werden. Die Wahl des Psychologen obliegt dem Versicherten, und die Kosten für die Konsultation sind von ihr zu tragen.

Darüber hinaus stellt der *Assisteur* im Todesfall des Versicherten dem Lebenspartner und/oder den unterhaltspflichtigen Kindern des Versicherten eine psychologische Begleitung zur Verfügung, auch wenn diese nicht über denselben Vertrag versichert sind. Die angebotene Begleitung ist ebenfalls auf höchstens drei (3) Gespräche beschränkt.

7.4 RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG

7.4.1 ANWALTSKOSTEN IM AUSLAND

Infolge eines unbeabsichtigten Verstoßes gegen die geltenden Gesetze und Vorschriften, der in Ihrem *Zielland* begangen wurde, und für jede Handlung, die nicht als Verbrechen eingestuft wird, greift der *Assisteur* auf schriftlichen Antrag ein, wenn eine Klage gegen *Sie* eingereicht wird. Diese Leistung gilt nicht für Handlungen im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit.

Der *Assisteur* übernimmt die Kosten für einen Anwalt vor Ort bis zu einem Höchstbetrag von 3.000 € pro Ereignis.

7.4.2 VORSCHUSS FÜR STRAFKAUTION IM AUSLAND

Im *Ausland* leistet der *Assisteur* einen Vorschuss auf die Strafkautions, die von den Behörden für Ihre Freilassung oder zur Vermeidung Ihrer Inhaftierung verlangt wird.

Dieser Vorschuss wird durch einen Rechtsanwalt vor Ort bis zu einem Höchstbetrag von 15.000 € pro Ereignis geleistet.

Sie sind verpflichtet, diesen Vorschuss an den *Assisteur* zurückzuzahlen:

- Nach Rückgabe der Kautions im Falle einer Einstellung des Verfahrens oder eines Freispruches;
- Innerhalb von 15 Tagen nach der rechtskräftigen Gerichtsentscheidung im Falle einer Verurteilung;
- In jedem Fall innerhalb von 3 Monaten ab dem Datum der Zahlung.

7.5 PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

GEGENSTAND DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Der Versicherer übernimmt die finanziellen Folgen der zivilrechtlichen Haftung, die *Ihnen* aufgrund der Gesetze und Vorschriften, die in dem Land gelten, in dem Sie sich im Rahmen Ihres Privatlebens aufhalten, entstehen können. Der Versicherungsschutz gilt für *Personen- und Sachschäden*, die Sie anderen zufügen und die insbesondere auf Folgendes zurückzuführen sind:

- Ihre persönliche Handlung oder die der Personen, für die Sie verantwortlich sind;
- *Gegenstände* und Tiere, deren Eigentümer oder Hüter Sie sind;
- Die Ausübung aller Sportarten und Aktivitäten im Freien (mit Ausnahme der in Absatz 8 aufgeführten *Ausschlüsse*);
- Die Haftung für Schäden, die durch die Teilnahme an einem Betriebspraktikum entstehen, gegenüber den Praktikumsbetreuern für Schäden, die ausschließlich an den für das Praktikum verwendeten Materialien entstehen;
- Das Mieten einer Wohnung,
 - Im Falle von Schäden, die an den Nachbarwohnungen der eigenen Wohnung entstehen,
 - Im Falle von *Personen- oder Sachschäden*, die Ihren Gästen zugefügt werden.

Diese Versicherung ersetzt in keinem Fall eine Hausratversicherung und entbindet Sie nicht von den örtlichen Versicherungspflichten.

HÖCHSTDECKUNGSSUMMEN DER VERSICHERUNG

- *Personenschäden*: 4.500.000 € pro Schadensfall.
- *Materielle und immaterielle Folgeschäden, die Dritten zugefügt werden*: 450.000 € pro Versicherungsjahr, wobei *immaterielle Schäden* in der Versicherungssumme bis zu 20%, also 90.000 €, enthalten sind. Absolute *Selbstbeteiligung* von 75 € pro Schadensfall.
- *Sachschäden*, die während des Praktikums verursacht werden: 12.000 € pro Versicherungsjahr. Absolute *Selbstbeteiligung* von 75 € pro Schadensfall.

Wie kann ich die Versicherungsleistung in Anspruch nehmen?

Sie müssen dem Versicherer, sobald Sie davon Kenntnis erhalten, **spätestens jedoch innerhalb von 15 Tagen**, jeden Schaden, der den Versicherungsschutz des Vertrags nach sich zieht, unter Angabe der Umstände und Folgen im Einzelnen melden.

Bitte schreiben Sie an: France.DeclarationsRC@Chubb.com

7.6 UNFALLVERSICHERUNG

7.6.1 IM FALL EINES UNFALLTODES

Der Versicherer zahlt dem/den benannten Begünstigten ein Kapital, dessen Höhe auf 10.000 € festgelegt ist. Wenn der *Versicherte* zum Zeitpunkt des Todes unter 16 Jahre alt war, ist die Höhe des Kapitals in jedem Fall auf die Kosten für die Beerdigung begrenzt.

Der Versicherungsschutz gilt für den Tod des *Versicherten*, der höchstens ein Jahr nach dem *Unfall* eintritt, der zu tödlichen Verletzungen oder Schädigungen geführt hat.

Stirbt der *Versicherte* jedoch, nachdem sie vom Versicherer für denselben Unfall eine Entschädigung für dauerhafte Invalidität erhalten hat, erhalten die Begünstigten die für den Todesfall vorgesehene Summe, abzüglich des Betrags dieser Entschädigung.

Gewährung von Leistungen

Wenn der *Versicherte* stirbt, wird das Kapital an den/die *Begünstigten* ausgezahlt, der/die auf dem Antragsformular angegeben ist/sind, oder an diejenigen, die Sie zu einem späteren Zeitpunkt benannt haben. Sie können die Benennungsklausel ändern, wenn diese nicht mehr angemessen ist, es sei denn, der *Begünstigte* nimmt die Klausel an, wodurch sie unwiderruflich wird. Die Benennung des *Begünstigten* kann darüber hinaus in einer privatschriftlichen oder öffentlichen Urkunde erfolgen. Wenn der *Begünstigte* namentlich benannt wird, können Sie die Kontaktdaten des *Begünstigten* in den Vertrag eintragen. Wird kein *Begünstigter* benannt oder erweist sich die Benennung als hinfällig, werden die im Todesfall fälligen Beträge an Ihren überlebenden *Lebenspartner*, der zum Zeitpunkt der Fälligkeit des versicherten Kapitals nicht gerichtlich getrennt ist oder mit *Ihnen* einen *zivilen Solidaritätspakt* unterzeichnet hat, andernfalls an Ihre Kinder zu gleichen Teilen, geboren oder ungeboren, lebend oder verstorben, andernfalls an Ihre Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, andernfalls an Ihre anderen Erben gezahlt. Wenn der *Versicherte* stirbt und der *Versicherte* zwischen 16 und 18 Jahre alt ist, fällt das versicherte Kapital an seine Eltern zu gleichen Teilen zwischen ihnen und andernfalls an seine anderen Erben.

Wie kann ich die Versicherungsleistung in Anspruch nehmen?

Der Tod muss gemeldet werden, indem dem Versicherer die für die Abwicklung erforderlichen Belege über die Plattform <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx> zugesandt werden, insbesondere:

- Ein Auszug aus der Sterbeurkunde;
- Ein Auszug aus der Geburtsurkunde;
- Eine ärztliche Bescheinigung, aus der das Todesdatum hervorgeht und in der angegeben wird, ob es sich um einen natürlichen Tod oder einen *Unfalltod* handelt;
- Jedes Dokument, das die Identität und/oder den Familienstand belegt;
- Jedes Dokument, das die Ursache und die Umstände des *Unfalles* angibt, der zum Tod geführt hat;
- Ein Einweisungszertifikat (vom *Krankenhaus* ausgestellt);
- Ein dokumentarischer Nachweis des *Unfalles* und des direkten kausalen Zusammenhangs zwischen diesem und dem Tod.

Die Zahlung erfolgt innerhalb von 20 Tagen nach der Übergabe der Unterlagen an den benannten *Begünstigten*. Wenn es mehrere *Begünstigte* gibt, ist die Zahlung des Kapitals gegenüber dem Versicherer unteilbar, der auf Vorlage einer von den Betroffenen gemeinsam unterzeichneten Quittung zahlt.

Nach Erhalt der Todesnachricht und der Kenntnisnahme der Daten des/der *Begünstigten* verfügen wir über eine Frist von fünfzehn (15) Tagen, um von dem/den *Begünstigten* alle für die Bearbeitung der Akte erforderlichen Unterlagen anzufordern. Nach Erhalt der vollständigen Unterlagen und wenn die *Entschädigung* fällig ist, zahlen wir das Kapital innerhalb von dreißig (30) Tagen aus.

Bei Nichtzahlung innerhalb dieser Frist werden auf das nicht gezahlte Kapital Zinsen gemäß der geltenden Gesetzgebung erhoben.

Wenn die *Entschädigung* fällig ist, wird das im Todesfall des *Versicherten* garantierte Kapital ab dem Todesdatum und bis zum Erhalt der für die Zahlung erforderlichen Unterlagen oder gegebenenfalls bis zur Hinterlegung des Kapitals bei der „Caisse des Dépôts et Consignations“ (Hinterlegungs- und Konsignationszentrale) gemäß einem per Dekret festgelegten Zinssatz aufgewertet.

Wenn es nicht möglich ist, den oder die *Begünstigten* des Vertrags innerhalb von zehn (10) Jahren ab Kenntnis des Todesfalls zu identifizieren oder zu finden, ist der Versicherer verpflichtet, das geschuldete Kapital bei der „Caisse des Dépôts et Consignations“ oder CDC (Hinterlegungs- und Konsignationszentrale) zu hinterlegen. Die bei der CDC hinterlegten Beträge, die nicht eingefordert werden, fallen nach Ablauf einer Frist von zwanzig (20) Jahren ab dem Datum ihrer Hinterlegung bei der CDC an den Staat.

7.6.2 BEI DAUERHAFTER VOLL- ODER TEILINVALIDITÄT INFOLGE EINES UNFALLES

Bei dauerhafter *Vollinvalidität*, d. h. einem *Invaliditätsgrad* von 100 %, zahlt Ihnen der Versicherer ein Kapital, **dessen Höhe auf 40.000 € festgesetzt ist.**

Bei dauerhafter *Teilinvalidität* kann die Höhe des Kapitals entsprechend dem anerkannten *Invaliditätsgrad* reduziert werden. Der *Invaliditätsgrad* wird vom Vertrauensarzt des Versicherungsträgers nach *Konsolidierung* der Verletzungen festgelegt.

- Wenn der Grad der dauerhaften *Teilinvalidität* 20% oder weniger beträgt, ist keine *Entschädigung* fällig.
- Wenn der Grad der dauerhaften *Teilinvalidität* mehr als 20% beträgt, beträgt die *Entschädigung* 40.000 €, multipliziert mit dem anerkannten *Invaliditätsgrad*.

Wenn Sie bereits vor dem Eintritt des versicherten *Unfalles* invalide waren, werden Verletzungen, die auf diese *Invalidität* zurückzuführen sind, nicht berücksichtigt. Falls jedoch das bereits verkrüppelte Glied oder Organ durch weitere Verletzungen beeinträchtigt wird, wird die *Entschädigung* auf den Unterschied zwischen dem Zustand des Gliedes vor und nach dem *Unfall* bezogen. Wenn Sie die Ihnen verordnete Behandlung nicht befolgt haben, wird die *Entschädigung* auf der Grundlage der Folgen geschätzt, die derselbe *Unfall* gehabt hätte, wenn Sie die verordnete Behandlung befolgt hätten.

Wie kann ich die Versicherungsleistung in Anspruch nehmen?

Sie müssen den *Unfall* dem Versicherer über die Website <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx> innerhalb von 30 Tagen ab Kenntnis des *Unfalles* melden, außer bei Zufall oder im Falle *höherer Gewalt*. Die Meldung muss alle Einzelheiten über die Schwere, die Ursachen und die Umstände des *Unfalles* enthalten, und Sie müssen insbesondere folgende Punkte berücksichtigen:

- Alle Dokumente vorlegen, die Ihre Identität und Ihren Familienstand belegen;
- Ein Attest des Arztes einreichen, der die erste Hilfe leistet und die genaue Art Ihres derzeitigen Zustands, der Verletzungen und ihrer Folgen beschreibt;
- Alle Dokumente vorlegen, die erforderlich sind, um den Sachverhalt und die Bedeutung des *Unfalles* nachzuweisen;
- Sich der Untersuchung durch den Arzt des Versicherers unterziehen.

7.7 VERSICHERUNG VON REISEGEPÄCK UND PERSÖNLICHEN GEGENSTÄNDEN

7.7.1 VERLUST, DIEBSTAHL UND ZERSTÖRUNG VON GEPÄCK

Diese Versicherung deckt **bis zu einer Höhe von 1.600 €** alle Ihre Gepäckstücke und persönlichen *Gegenstände*, die Ihnen gehören oder die Sie gemietet haben, gegen die Risiken von:

- Verlust von *Gepäck* während der Beförderung durch ein Transportunternehmen,
- Diebstahl von *Gepäck*, Ihrer persönlichen *Gegenstände* während der Hin- und Rückreise sowie während der gesamten Dauer Ihres *Auslandsaufenthaltes*,
- vollständige oder teilweise Zerstörung oder Beschädigung Ihres *Gepäckes* und Ihrer persönlichen *Gegenstände* infolge eines katastrophalen Ereignisses wie Brand, Überschwemmung, Einsturz oder Terrorismus, während der Hin- und Rückreise sowie während der gesamten Dauer des *Auslandsaufenthaltes*.

Bei Verlust, Diebstahl oder Zerstörung von *Gepäck*, das von einem Transportunternehmen aufgegeben wurde, greift die Versicherung nur nach ordnungsgemäßer Anzeige beim Transportunternehmen und unter Abzug der *Entschädigung*, die das Transportunternehmen aufgrund seiner Haftung zahlt. Im Falle des Verschwindens von *Gepäck* und dessen Inhalt, das unter der Verantwortung eines Hoteliers zurückgelassen wurde, greift die Versicherung unter Abzug der vom Verwahrer oder seinem Versicherer aufgrund seiner Haftung geleisteten *Entschädigung*.

Wertgegenstände werden bis zu 50 % des garantierten Wertes, d. h. maximal 800 €, entschädigt.

Unter *Reisegepäck* versteht man Ihre Reisetaschen, Ihre Koffer sowie die darin enthaltenen persönlichen *Gegenstände*. Den persönlichen *Gegenständen* gleichgestellt sind *Wertgegenstände*, deren Preis 500 € oder mehr beträgt, sowie Schmuck (feine Perlen und Zuchtperlen, Edelsteine und Hartsteine) und Pelze, die Ihnen gehören. Als *Gepäck* gelten Laptops, elektronische Terminplaner, audiovisuelle Geräte, Fotoapparate, Video- oder HIFI-Geräte, die Ihnen gehören.

Wie kann ich die Versicherungsleistung in Anspruch nehmen?

Sie müssen den Schaden innerhalb von 5 Werktagen nach dem Schadenereignis auf der Website <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx> dem Versicherer melden. Nach Ablauf dieser Frist behält sich der Versicherer das Recht vor, die Leistung zu verweigern.

Sie werden aufgefordert, eine Liste mit Belegen vorzulegen.

7.7.2 VERSPÄTUNG VON GEPÄCK

Wenn *Ihnen* Ihr Gepäck, das aufgegeben wurde und unter der Verantwortung der Fluggesellschaft steht, 24 Stunden nach Ankunft am Zielort Ihres Linienflugs nicht ausgehändigt wird, entschädigt *Sie* der Versicherer bis zu 200 € für die Kosten, die *Ihnen* für die Beschaffung von Not- und Lebensmitteleinkäufen entstanden sind.

7.7.3 BETRÜGERISCHE VERWENDUNG DER SIM-KARTE DURCH EINEN DRITTEN

Der Versicherer übernimmt die Kosten für Gespräche, die von einem Dritten nach dem Diebstahl des Mobiltelefons durch einen *Überfall* während Ihres Aufenthalts außerhalb des *Landes Ihrer Staatsangehörigkeit* in betrügerischer Absicht geführt werden, sofern diese Gespräche vor der Registrierung des Antrags auf Sperrung der SIM-Karte durch den *Versicherten* und innerhalb von achtundvierzig (48) Stunden nach dem Datum und der Uhrzeit des Diebstahls geführt wurden.

7.7.4 SONDERFÄLLE BZGL. PERSÖNLICHEN MOBILTELEFONEN, SMARTPHONES UND TABLETS

Der Versicherer erstattet dem *Versicherten* bis zu Fünfhundert Euro (500 €) pro Ereignis für Mobiltelefone, Smartphones oder Tablets, die durch einen Überfall oder durch Entreißdiebstahl außerhalb des *Landes Ihrer Staatsangehörigkeit* gestohlen wurden, gegen Vorlage entsprechender Belege.

Berechnung der Alterung:

- Zwanzig Prozent (20%) im ersten *Jahr* (ab dem 1. Tag des Kaufs)
- Vierzig Prozent (40%) während des zweiten *Jahres*
- Keine Erstattung nach dem zweiten *Jahr*

In jedem Fall muss der *Versicherte* die Rechnungen (ursprüngliche oder Ersatzrechnungen) für den Kauf der Ausrüstung vorlegen.

7.8 REISEZWISCHENFÄLLE

Die Versicherungsleistung "Reisezwischenfälle" wird dem *Versicherten* gewährt, wenn die Reise an Bord eines Flugzeugs erfolgt, das einen Linienflug durchführt und von einer Fluggesellschaft betrieben wird.

Das Luftfahrtunternehmen muss über die für den Linienflugverkehr erforderlichen Zeugnisse, Lizenzen oder Genehmigungen verfügen, die von den zuständigen Behörden in dem Land, in dem das Flugzeug registriert ist, ausgestellt wurden.

In Übereinstimmung mit dieser Genehmigung erstellt und veröffentlicht es für die Fluggäste Strecken und Tarife zwischen den genannten Flughäfen nach einem regelmäßigen Zeitplan.

Die Abflugzeiten, Umsteigeverbindungen und Zielorte sind die auf dem Flugschein angegebenen.

Limite d'engagement : Die im Folgenden für die "Reisezwischenfälle" festgelegten Entschädigungsbeträge sind die Höchstbeträge, die im Falle eines Ereignisses erstattet werden, das den Versicherten, seinen Lebenspartner und seine mitreisenden unterhaltspflichtigen Kinder gleichzeitig betrifft.

7.8.1 VERSCHIEBUNG DER ABREISE

Sie sind für die Erstattung der von den Fluggesellschaften erhobenen Strafgebühren im Falle einer Verschiebung Ihres Abflugdatums in Ihr *Zielland* oder Ihrer endgültigen Rückkehr in das *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* versichert.

Der Versicherungsschutz gilt in den folgenden Fällen:

- Im Falle eines geänderten und zwingend durch ein offizielles Dokument belegten, unvorhersehbaren und nicht verschiebbaren Prüfungstermins, der während der Reise oder nach dem festgelegten Rückreisedatum in das *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* liegt, sofern die Vorladung am Tag Versicherungsaufnahme noch nicht bekannt war;
- Im Falle einer Vorladung zu einer Wiederholungsprüfung zu einem Termin, der innerhalb der Dauer des *Auslandsaufenthaltes* liegt, unter der Voraussetzung, dass das Nichtbestehen der Prüfung am Tag des Kaufes des Flugtickets noch nicht bekannt war.

Der Versicherungsschutz gilt bis zu einem Höchstbetrag von 100 € pro Versicherten pro Versicherungsjahr.

Wie kann ich die Versicherungsleistung in Anspruch nehmen?

Sie müssen den Versicherer über die Website <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx> innerhalb von 5 Werktagen nach Eintritt des versicherten Ereignisses benachrichtigen. Ihre Meldung muss die folgenden Informationen enthalten:

- Ihren Namen, Vornamen und Ihre Adresse;
- Den genauen Grund für die Verschiebung des Abreise- oder Rückreisedatums;
- Das offizielle Dokument mit den Daten der geplanten und annullierten Prüfungen sowie den neuen Einberufungsterminen;
- Das Original der Rechnung, aus der die Höhe der Verspätungszuschläge hervorgeht.

Bei Stornierungen, die diesen Bestimmungen nicht entsprechen, verfällt jeglicher Anspruch auf Rückerstattung.

7.8.2 VERSPÄTUNG, ANNULLIERUNG DES FLUGES ODER NICHTZULASSUNG AN BORD

Wenn in sämtlichen Flughäfen:

- der bestätigte Linienflug des *Versicherten* sich um **vier (4) Stunden** oder mehr gegenüber der ursprünglich geplanten Abflugzeit verspätet,
- der bestätigte Linienflug des *Versicherten* annulliert wird,
- der *Versicherte* aufgrund von Platzmangel nicht an Bord gelassen und es ihm innerhalb von **sechs (6) Stunden** kein alternatives Transportmittel zur Verfügung gestellt wird,

wird der *Versicherte* bis zu einem Höchstbetrag von **Dreihundert Euro (300 €)** für alle Kosten für Verpflegung, Erfrischungen, Hotel und/oder den Transfer vom und zum Flughafen oder Terminal entschädigt.

Die Versicherungsleistung wird in den folgenden Fällen nicht gewährt:

- **Sofern eine Bestätigung erforderlich ist, hat der Versicherte seinen Flug nicht vorab bestätigt, es sei denn, er wurde durch einen Streik oder höhere Gewalt daran gehindert.**
- **Die Verspätung ist die Folge eines Streiks oder eines Bürgerkriegs- oder Auslandskriegsrisikos, von dem der Versicherte vor seiner Abreise Kenntnis hatte.**
- **Im Falle eines vorübergehenden oder endgültigen Entzugs der Fluggenehmigung für ein Flugzeug, der entweder von den zivilen Luftfahrtbehörden, den Flughafenbehörden oder einer ähnlichen Behörde eines beliebigen Landes angeordnet wurde.**

7.8.3 VERPASSEN EINES ANSCHLUSSFLUGES

Wenn der *Versicherte* den Abflug eines Anschlussfluges aufgrund der verspäteten Ankunft des vorherigen Linienfluges, mit dem er reiste, verpasst und ihm innerhalb von sechs (6) Stunden nach der tatsächlichen Ankunft am Ort des Anschlussfluges kein Ersatzbeförderungsmittel zur Verfügung steht, werden seine Kosten für Hotel, Restaurants oder Erfrischungen bis zu einem Höchstbetrag von Dreihundert Euro (300 €) erstattet.

Die Garantien "Verspätung, Annullierung des Fluges oder Nichtzulassung an Bord" und "Verpassen eines Anschlussfluges" können kumuliert werden.

7.9 UNTERBRECHUNG DES AUSLANDSAUFENTHALTES

7.9.1 ERSTATTUNG VON AUFENTHALTSKOSTEN

Diese Leistung dient der zeitanteiligen Erstattung der bereits bezahlten, nicht genutzten und nicht erstattungsfähigen Aufenthaltskosten (ohne Transport), wie z. B. Unterbringungskosten oder andere während des *Auslandsaufenthaltes* gebuchte und vorgesehene Leistungen, im Falle einer vorzeitigen Rückkehr infolge eines vom *Assisteur* organisierten Krankenrücktransportes des *Versicherten* in das *Land seiner Staatsangehörigkeit*.

Der Höchstbetrag des Tagegeldes beläuft sich auf 250 € pro Tag, mit einer Gesamtdeckungssumme von 5.000 € pro *Versicherungsjahr*.

Die *Entschädigung* ist proportional zur Anzahl der nicht genutzten Tage des Aufenthalts. Bei der Bestimmung der *Entschädigung* werden Bearbeitungsgebühren, Visagebühren, Versicherungen, Trinkgelder sowie Erstattungen oder *Entschädigungen* abgezogen, die vom Reiseveranstalter oder einer anderen Organisation, bei der *Sie* die betreffenden Kosten beglichen haben, gewährt wurden.

7.9.2 ERSTATTUNG VON SCHULGEBÜHREN

Diese Leistung dient der zeitanteiligen Erstattung von Schulgebühren im Falle einer vorzeitigen Rückkehr aufgrund eines vom *Assisteur* organisierten Krankenrücktransportes des *Versicherten* in das *Land seiner Staatsangehörigkeit*.

Der Höchstbetrag des Tagegeldes beläuft sich auf 250 € pro Tag, mit einer Gesamtdeckungssumme von 5.000 € pro *Versicherungsjahr*.

Für die Erstattung der Schulgebühren werden die bereits bezahlten und noch nicht erstatteten Schulgebühren für den Zeitraum berücksichtigt, der ab dem Tag nach dem Ereignis, das Ihre vorzeitige Rückkehr verursacht, noch zu absolvieren ist.

8. WAS AUS IHREM VERTRAG AUSGESCHLOSSEN IST

8.1 AUSSCHLÜSSE FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNG

Zusätzlich zu den *Ausschlüssen*, die alle Versicherungen betreffen, die im nachfolgenden Abschnitt 8.6 aufgeführt sind, sind folgende Leistungen von der Krankenversicherung sowie deren Folgen und Konsequenzen ausgeschlossen:

- **Kosten, die vor dem *Inkrafttreten* und nach der Beendigung der Versicherungsleistungen entstanden sind;**
- **alle Ausgaben für Behandlungen oder Verschreibungen vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages oder während der *Wartezeiten*;**
- **alle Ausgaben, die nicht medizinisch notwendig sind;**
- ***Vorerkrankungen*: alle *Krankheiten, Leiden oder Verletzungen* oder damit zusammenhängende *Symptome*, die vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrages aufgetreten sind und von denen der *Versicherte* Kenntnis hatte oder vernünftigerweise hätte Kenntnis haben können;**
- **alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, die nicht von einer qualifizierten *medizinischen Behörde* verordnet wurden;**
- **Praktiker, Therapeuten, Kliniken, Krankenhäuser, medizinische Zentren, die nicht anerkannt sind:**
 - **als über eine besondere Kompetenz für die Behandlung des betreffenden *Unfalles* oder der betreffenden *Krankheit* verfügend von den geltenden Behörden des Landes, in dem die Behandlung stattfindet,**
- **Oder**
 - **durch unseren Vertrauensarzt als angemessen qualifiziert und kompetent bezeichnet oder berechtigt, eine Behandlung zu verschreiben, und die von diesem schriftlich darüber informiert wurden;**
- **Behandlungen, die eine *vorherige Kostenzusage* erfordern, die ohne *vorherige Kostenzusage* durchgeführt werden;**
- **Kosten für den medizinischen *Krankenhausaufenthalt* oder Aufenthalt in einem Sanatorium oder einer Präventionseinrichtung, wenn die Einrichtungen, in denen sich der *Versicherte* aufgehalten hat, nicht von der zuständigen Behörde zugelassen sind;**
- **Behandlungen und Kosten, die bei der Rückkehr des *Versicherten* in das *Land seiner Staatsangehörigkeit* hätten durchgeführt werden können;**
- **Kosten für *prä- und postnatale Behandlungen*, wenn die *Schwangerschaftsleistungen* nicht anwendbar sind;**
- **Alle Maßnahmen, Operationen und Behandlungen zur Verhinderung einer Geburt: Sterilisation, Vasektomie, *Schwangerschaftsabbruch* (außer wenn die Gesundheit der Mutter gefährdet ist), Beratung zur Familienplanung;**
- **Alle Behandlungen im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit, Fruchtbarkeit, Empfängnisverhütung oder fetaler Chirurgie, d. h. Behandlungen oder Operationen, die vor der Geburt in der Gebärmutter durchgeführt werden, es sei denn, es handelt sich um das Ergebnis von Komplikationen, die während der *Schwangerschaft* gemeldet werden;**
- **Kosten für Leihmutterchaft, d. h. alle Behandlungen, die in direktem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leihmüttern stehen, unabhängig davon, ob der *Versicherte* die Leihmutter oder der Wunschelternteil ist;**
- **Kosten für Behandlungen von Sterilität (insbesondere medizinisch unterstützte Fortpflanzung);**
- **Im Falle eines *Krankenhausaufenthaltes* Nebenkosten, die keinen direkten medizinischen Zweck haben, wie Telefon-, Fernseh- und Internetkosten, Zeitungen, Taxikosten, Mahlzeiten für Besucher...;**
- **Kosten, die als übermäßig, unangemessen oder unüblich für den Ort, an dem sie entstanden sind, angesehen werden. Im Rahmen des Vertrages werden also nur die *angemessenen und üblichen Kosten* übernommen und erstattet, d. h. die angemessenen und allgemein in dem betreffenden Land berechneten Arztkosten für die erhaltene spezifische Behandlung gemäß den standardmäßigen und allgemein anerkannten medizinischen Verfahren;**

- Versorgungsleistungen, die für die Diagnose oder Behandlung der *Krankheit* oder des *Unfalles* nicht unerlässlich sind;
- Kosten für den Transport, der nicht in einem Krankenwagen oder einem Landgesundheitsfahrzeug zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung erfolgt, wenn die *stationären Heilbehandlungskosten* im *Krankenhaus* nicht übernommen werden;
- alternative Medizin und Heilmethoden;
- Hautpflege, -untersuchungen und -behandlungen (außer Krebsbehandlungen);
- In Bezug auf die Leistung für Arzneimittel, die nicht als Arzneimittel anerkannt würden, wie Sonnencremes, Make-up-Produkte, Parapharmazie, kosmetische Behandlungen und Produkte, Hygieneprodukte, Sonnen- und/oder Feuchtigkeitscremes, Make-up-Produkte, Wellnessbehandlungen, Vitamine und Mineralstoffe, Nahrungsergänzungsmittel, diätetische Produkte, Babynahrung, Mineralwasser;
- Thermometer und Blutdruckmessgeräte;
- Alle Maßnahmen und/oder Erstattungen im Zusammenhang mit Gesundheit-Check-ups und Vorsorgeuntersuchungen;
- Kosten für kosmetische, ästhetische oder rekonstruktive Behandlungen zur Verbesserung oder Veränderung des Aussehens - auch aus psychologischen Gründen -, es sei denn, diese Behandlungen stehen im Zusammenhang mit der Wiederherstellung eines körperlichen Erscheinungsbildes oder einer Funktion nach einem entstellenden *Unfall* oder nach einem chirurgischen Eingriff im Zusammenhang mit der Behandlung von Krebs, die während der Dauer des Versicherungsschutzes stattgefunden haben;
- Alle Untersuchungen, Tests und Behandlungen, die mit Adipositas/Anorexie in Verbindung stehen oder aufgrund von Adipositas/Anorexie erforderlich sind, einschließlich insbesondere Kurse und Kosten für Schlankheits-/Mastkuren oder Essstörungen, Hilfen und Verschreibungen von Medikamenten gegen Adipositas/Anorexie;
- Alle Maßnahmen, Operationen und Behandlungen im Zusammenhang mit sexuellen Funktionsstörungen (sexuelle Defizite wie Impotenz, unabhängig von der Ursache) oder geschlechtsspezifischen Störungen (Störungen im Zusammenhang mit einer Geschlechtsumwandlung oder einer Neuordnung des Geschlechts);
- Alle Arten von Pflege, Behandlungen, Untersuchungen und Konsultationen aufgrund von psychischen oder geistigen *Krankheiten* oder Störungen (ohne Aufenthalte in *psychiatrischen* Einrichtungen und ohne Konsultationen bei *Psychiatern*, wenn diese im Rahmen des Vertragsabschlusses versichert sind, und im Rahmen der vorgesehenen Anzahl von Tagen/Sitzungen) oder Verhaltensstörungen (Kapitel V der Internationalen Klassifikation der *Krankheiten*, Version 10 der WHO). Aufenthalte in *psychiatrischen* Einrichtungen und Konsultationen bei *Psychiatern* sind im Rahmen des Vertrages bis zu der in der Tariflichen Leistungszusage festgelegten Anzahl von Tagen/Sitzungen versichert;
- Alle psychologischen, psychotherapeutischen und/oder psychoanalytischen Konsultationen mit einem Familientherapeuten oder -berater (auch wenn diese Konsultationen von einem *Psychiater* durchgeführt werden);
- Ergotherapie, Logopädie, Kosten für Psychomotorik und die Behandlung von psychomotorischen Störungen;
- Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit oder ohne Hyperaktivität;
- Schädlicher, gefährlicher oder süchtiger Gebrauch von Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Medikamenten sowie alle Behandlungen, die sich aus dem schädlichen, gefährlichen oder süchtigen Gebrauch dieser Substanzen ergeben;
- Behandlungen und Aufenthalte in Kurzentren, Fitnesszentren, *Rekonvaleszenz-* oder Erholungsheimen, Heilbädern und Kurorten... und anderen ähnlichen Einrichtungen, die nicht als Krankenhäuser anerkannt werden;
- Kosten für Impfungen;
- Fußpflege durch einen Fußpfleger oder Podologen, wie z. B.: Behandlung von Hühneraugen / Schwielen, verdickten und/oder unförmigen Nägeln, außer im Falle einer vom Vertrauensarzt des Versicherers bestätigten medizinischen Notwendigkeit;
- Operation oder Extraktion von Weisheitszähnen;
- Nicht dringende zahnärztliche Behandlungen wie z. B. zahnärztliche Routineuntersuchungen, Zahnsteinentfernung, Karies/Hohlräume, Zahnrekonstruktionsbehandlungen, Kronen und/oder Reparaturen oder jede andere Behandlung, die nicht zur Schmerzlinderung erforderlich ist;
- Augenlaserchirurgie (einschließlich Korrektur von Kurzsichtigkeit) und Behandlung des grauen Stars;
- Such- und Transportkosten für *Organtransplantationen*;
- *Krankenhauszentren* und Einrichtungen sowie Pflegeeinheiten für pflegebedürftige ältere Menschen;
- Pflege in einem Pflegeheim oder Altenheim und Folgekosten für die Unterstützung einer Person bei ihren täglichen Aktivitäten, auch wenn diese Person für vorübergehend oder dauerhaft behindert erklärt wird. Solche Dienstleistungen gelten auch dann als *häusliche Pflege*, wenn sie von einem Arzt verordnet und von Anbietern mit medizinischem oder paramedizinischem Status erbracht werden;
- Reise- und Hotelkosten im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen;
- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente und nicht generische Medikamente, wenn es ein generisches Äquivalent gibt;
- Kosten, die vom Vertrauensarzt des Versicherers als nicht notwendig und/oder unangemessen erachtet werden;
- Die Kosten für einen *Krankenhausaufenthalt* in einem Luxuszimmer, VIP-Zimmer und anderen Suiten;
- Experimentelle Behandlungen oder Medikamente, d. h. alle Formen von Behandlungen oder Medikamenten, die nicht als konventionell anerkannt sind oder deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen wurde;
- Alle Kosten, die direkt oder indirekt durch einen Fehler des verschreibenden Arztes entstehen;
- Alle Kosten für die Evakuierung;
- Schlafstörungen, einschließlich Schlaflosigkeit, außer wenn erklärt wird, dass der *Versicherte* an schwerer Schlafapnoe leidet;
- Kosten für Psychomotorik;
- Präventive Behandlungen;
- Alle zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geplanten *Krankenhausaufenthalte* innerhalb von 12 Monaten nach *Inkrafttreten* der Versicherungsleistungen des Vertrages, unabhängig von ihrem Grund;
- Kosten, für die keine *vorherige Kostenzusage* beantragt wurde oder die der Versicherer abgelehnt hat;
- Arzthonorare für rein administrative Zwecke (z. B. bei der Beantragung eines Visums, beim Ausfüllen eines *Erstattungsformulars* usw.);
- Nichtmedizinische Einweisungen oder *Krankenhausaufenthalte*, die folgende Situationen einschließen:

- entweder Behandlungen, die tagsüber oder ambulant stattfinden könnten,
- oder Behandlungen, die nach dem Gutachten des Vertrauensarztes des Versicherers nicht medizinisch gerechtfertigt sind,
- oder eine *Rekonvaleszenz*.

Sowie die Folgen:

- von chemischer Kontamination, Explosionen oder epidemischen *Krankheiten* (außer Covid19), die von den staatlichen Gesundheitsbehörden kontrolliert werden, sowie von anderen Konflikten oder Katastrophen, wenn sich der *Versicherte* durch die Einreise in ein von der Regierung des *Landes seiner Staatsangehörigkeit* anerkanntes Konfliktgebiet selbst in Gefahr gebracht hat, aktiv an dem Konflikt teilgenommen hat oder seine eigene Sicherheit in eklatanter Weise missachtet hat.

Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass die in der Leistungsübersicht aufgeführten *Schwangerschaftsleistungen* nur in den USA und nicht in anderen Ländern und nur für *Versicherte* gewährt werden, die MyStudies Cover abgeschlossen haben oder im Rahmen eines Working Holiday Programmes ins *Ausland* gehen, mit Ausnahme des *Ziellandes Kanada*.

Wenn Sie sich für einen Versicherungsschutz als Zusatzversicherung in Ergänzung einer Basisversicherung entscheiden, sind auch alle medizinischen und chirurgischen Kosten ausgeschlossen, die nicht von einer qualifizierten *medizinischen Behörde* verschrieben wurden und die nicht von der französischen Sozialversicherung übernommen werden (sofern in der Leistungsübersicht nicht anders angegeben).

8.2 AUSSCHLÜSSE FÜR DIE ASSISTANCE-VERSICHERUNG:

Zusätzlich zu den *Ausschlüssen*, die alle Versicherungen betreffen, die im nachfolgenden Abschnitt 8.6 aufgeführt sind, sind aus der *Assistance-Versicherung* die Ausgaben ausgeschlossen, die sich aus den folgenden Tatsachen oder Ereignissen ergeben (diese Kosten können keinesfalls Gegenstand einer *Entschädigung* sein, aus welchem Grund auch immer und eine Beteiligung des Versicherers ist ausgeschlossen):

- Alle Beteiligungen und/oder Erstattungen im Zusammenhang mit medizinischen Untersuchungen, Check-ups, Screenings zu präventiven Zwecken;
- leichte Erkrankungen oder Verletzungen, die vor Ort behandelt werden können und den *Versicherten* nicht an der Fortsetzung seines *Auslandsaufenthaltes* hindern;
- *Rekonvaleszenz, Krankheiten*, die sich in Behandlung befinden und noch nicht konsolidiert sind und/oder eine geplante Nachbehandlung erfordern;
- *Vorerkrankungen*, die bereits vor der Abreise bestanden haben und bei denen die Gefahr einer Verschlimmerung oder eines Rückfalls besteht;
- Erkrankungen, die in den 6 Monaten vor der Abreise zu einem *Krankenhausaufenthalt* geführt haben;
- eventuelle Nachbehandlungen (Kontrolle, zusätzliche Behandlungen, Rückfälle) einer Erkrankung, die Anlass zu einem Krankenrücktransport gegeben hat;
- *Schwangerschaften*, Entbindungen und deren Folgen für Neugeborene, freiwillige *Schwangerschaftsabbrüche*;
- Alkoholkonsum und seine Folgen gemäß der geltenden Gesetzgebung des Landes, in dem der *Schadensfall* stattgefunden hat;
- Reisen, die zu Diagnose- und/oder Behandlungszwecken unternommen werden;
- Folgen von fehlenden, unmöglichen oder nachfolgenden Impfungen oder Behandlungen, die durch eine Reise oder einen Umzug notwendig oder auferlegt werden;
- angeborene *Krankheiten* oder Missbildungen;
- Folgen einer absichtlichen Missachtung der Vorschriften des besuchten Landes oder der Ausübung von Aktivitäten, die von den örtlichen Behörden nicht genehmigt wurden;
- Folgen der Teilnahme an einer Wette, einer Herausforderung, einem Duell oder einem Verbrechen;
- Folgen der Nichtbeachtung anerkannter Sicherheitsregeln im Zusammenhang mit der Ausübung sportlicher Aktivitäten;
- Aufenthaltskosten, es sei denn, sie wurden vorher von der *Assistance-Abteilung* genehmigt;
- Kosten für Treibstoff, Mautgebühren, Bootsüberfahrten;
- Kosten, die nicht durch Originaldokumente belegt sind;
- Alle anderen Kosten, die nicht im Rahmen der gewährten Versicherungsleistungen vorgesehen sind.

Nicht übernommen werden:

- medizinische Kosten;
- Kuren, Aufenthalte in Erholungsheimen und Rehabilitationskosten;
- Kosten für Verhütungsmittel und Sterilitätsbehandlungen;
- Kosten für Brillen und Kontaktlinsen;
- Ästhetische, zahnärztliche und akustische Prothesen;
- Wiederholte Transporte, die aufgrund des Gesundheitszustands des *Versicherten* erforderlich sind.

Im Rahmen der Leistung der Assistance-Versicherung "Unmögliche Rückkehr" werden nicht übernommen:

- Kosten, die ohne *vorherige Kostenzusage* des Versicherers entstehen;
- Kosten, die durch eine Verlängerung des *Auslandsaufenthaltes* entstehen, die nicht auf ein Ereignis *höherer Gewalt*, wie in Absatz 1 definiert und von den zuständigen öffentlichen Behörden festgestellt, zurückzuführen ist.

Von der Leistung für Such- und Rettungskosten sind ausgeschlossen:

- Such- und Rettungskosten, die sich aus der Nichtbeachtung der von den Betreibern des Ortes erlassenen Vorsichtsregeln und/oder der gesetzlichen Bestimmungen für die vom *Versicherten* ausgeübte Aktivität ergeben;
- Such- und Rettungskosten, die durch die Ausübung eines Berufssports, die Teilnahme an einer Expedition oder einem Wettkampf entstehen, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart wurde.

8.3 AUSSCHLÜSSE FÜR DIE VERSICHERUNG FÜR GEPÄCK UND PERSÖNLICHE GEGENSTÄNDE

Zusätzlich zu den *Ausschlüssen*, die alle Versicherungen betreffen, die im nachfolgenden Abschnitt 8.6 aufgeführt sind, sind aus dieser Versicherung folgende Punkte ausgeschlossen:

- Bargeld, persönliche Papiere, Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen, Reiseschecks, Kreditkarten, Flugtickets, Fahrscheine und Voucher;
- Raucherunfälle sowie Schäden an *Gegenständen*, die in eine Feuerstelle fallen oder geworfen werden, und Verbrennungen, die durch übermäßige Hitze ohne Glut verursacht werden;
- Schäden an elektrischen Geräten, die allein auf deren Betrieb zurückzuführen sind, sowie Schäden, die auf den eigenen Mangel des Gegenstandes zurückzuführen sind;
- Schäden, die aus der Beschlagnahme oder der Inhaftierung der versicherten Güter durch den Zoll oder andere öffentliche Behörden resultieren;
- Bruch oder Zerschneiden von fragilen oder zerbrechlichen *Gegenständen* wie Uhren, Fotoapparaten, Brillen und Computerhardware;
- Beschädigungen aufgrund von Verschleiß;
- Diebstähle, die von den in Artikel 380 des französischen Strafgesetzbuches genannten *Familienmitgliedern des Versicherten* oder mit ihrer Komplizenschaft oder von seinen Hausangestellten und anderen Bediensteten in Ausübung ihrer Tätigkeit begangen werden;
- Diebstähle, die unter den folgenden Umständen begangen werden:
 - a. bei aufgegebenem Gepäck, wenn die schlechte oder mangelhafte Verpackung den Diebstahl erleichtert hat;
 - b. wenn die *Gegenstände* unbeaufsichtigt an einem öffentlichen Ort oder in einem Raum, der mehreren Bewohnern gemeinsam zur Verfügung steht, zurückgelassen werden;
 - c. wenn sich die *Gegenstände* an folgenden Orten befinden:
 - in einem Fahrzeug mit offenem Verdeck;
 - in einem Fahrzeug mit nicht geschlossenen Fenstern;
 - in einem Fahrzeug, dessen Türen oder Kofferraum nicht verschlossen sind;
 - In einem Kraftfahrzeug zwischen 22.00 Uhr und 7.00 Uhr außerhalb einer öffentlichen oder privaten Garage, mit Ausnahme von *Gegenständen*, die sich in den Laderäumen oder Kofferräumen von Bussen und Reisebussen befinden;
- Diebstahl aus der Wohnung ohne Einbruch, der von einer Behörde (Polizei, Gendarmerie, Transportunternehmen, Bordkommissar ...) ordnungsgemäß festgestellt und verbalisiert wurde.

8.4 AUSSCHLÜSSE FÜR DIE PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG:

Zusätzlich zu den *Ausschlüssen*, die alle Versicherungen betreffen, die im nachfolgenden Abschnitt 8.6 aufgeführt sind, sind aus dieser Versicherung folgende Punkte ausgeschlossen:

- Schäden, die aus einer beruflichen Tätigkeit resultieren (mit Ausnahme von Schäden an Material, das bei einem Betriebspraktikum verwendet wird);
- Die finanziellen Folgen der vertraglichen Haftung des *Versicherungsnehmers*, mit Ausnahme der Haftung gegenüber den Praktikumsbetreuern für Schäden an den bei dem Praktikum verwendeten Materialien;
- Verkehrsrisiken, die in den französischen Gesetzen Nr. 58208 vom 27. Februar 1958 und Nr. 85.677 vom 5. Juli 1985 über die Pflichtversicherung von Kraftfahrzeugen definiert sind;
- Unfälle, die der *Versicherte*, seine Angestellten oder Beauftragten während ihrer Tätigkeit sowie seine Verwandten in aufsteigender und absteigender Linie erleiden;
- Schäden an *Gegenständen* und Tieren, die dem *Versicherten* gehören oder von ihm geliehen wurden;
- Geldstrafen und damit verbundene Kosten, die dem *Versicherten* auferlegt werden können;
- Schäden, die sich aus der Benutzung von Flugzeugen durch den *Versicherten* ergeben;
- Schäden, die durch Umweltverschmutzung entstehen;
- Abplatzungen, Schrammen und Kratzer an Sanitärapparaten sowie Geschirrbruch und Schäden an Bettwäsche.

8.5 AUSSCHLÜSSE, DIE ALLE VERSICHERUNGEN BETREFFEN:

Zusätzlich zu den *Ausschlüssen*, die die einzelnen Versicherungen betreffen, sind alle Folgen und Konsequenzen der nachfolgenden Punkte von allen Versicherungen ausgeschlossen:

- Vorsätzliche Handlungen des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* und/oder Verstöße gegen die Gesetzgebung des Landes, in dem sich der *Versicherte* aufhält;
- Bürger- oder *Auslandskriege*, Unruhen, Aufstände, Streiks, *Piraterie* und *Sabotage*, die freiwillige Teilnahme an Schlägereien, Volksbewegungen und Terroranschlägen, unabhängig vom Ort des Geschehens und von den Beteiligten (außer im Fall von Selbstverteidigung);
- Die freiwillige Teilnahme des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* an terroristischen Handlungen, unabhängig vom Ort des Geschehens;
- Selbstmord oder Selbstmordversuch im ersten *Versicherungsjahr* (Pflege, Behandlung und alle Folgen, die sich aus einem Selbstmordversuch, aus selbst zugefügten Verletzungen oder *Krankheiten* oder aus dem Gebrauch von Betäubungsmitteln ohne ärztliche Verschreibung ergeben);
- Drogen- oder Betäubungsmittelkonsum ohne ärztliche Verschreibung;
- Alkoholismus oder Trunkenheit des *Versicherten* (d. h. ein höherer Blutalkoholspiegel als der, der in den am Tag des Schadens geltenden Verkehrsregeln des Landes, in dem der Schaden eingetreten ist, festgelegt ist);
- Verkehrsunfälle mit zweirädrigen Fahrzeugen, wenn der *Versicherte* keinen Helm getragen hat;
- Direkte oder indirekte Auswirkungen von Veränderungen der Atomkernstruktur, klimatische Ereignisse wie Stürme oder Hurrikane, Erdbeben, Überschwemmungen, Flutwellen und andere Kataklysmen, außer im Rahmen der *Entschädigung* für Naturkatastrophen;
- Unfälle oder vorbestehende *Krankheiten*, die vor dem *Datum des Inkrafttretens* des Vertrags eingetreten sind, bei denen es zu Rückfällen kommen kann oder sich nicht konsolidiert haben, angeborene *Krankheiten* oder Missbildungen;
- Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit auf einer Ölplattform;
- Die Ausübung der Jagd;

- **Unfälle in der Luftfahrt, es sei denn, der Versicherte ist lediglich Passagier und befindet sich an Bord eines Flugzeugs, für das der Eigentümer und der Pilot über alle erforderlichen Genehmigungen und Lizenzen verfügen;**
- **der Teilnahme an und das Training für Sportwettkämpfe sowie die Ausübung von Sportarten im Rahmen eines Vereins oder Verbands;**
- **die Teilnahme an Sportstudiengängen und -programmen;**
- **Berufliche Sportausübung – Dieser Ausschluss gilt nicht für Sportlehrer und -trainer. Ihre Teilnahme an einem Sportwettbewerb ist jedoch nicht versichert.**

Besondere Bedingungen für die Kostenübernahme bei Sport und sportlichen Aktivitäten

Von allen Versicherungen ausgeschlossen sind die Folgen und Konsequenzen:

- **die Ausübung von Sportarten, die den Einsatz von Fortbewegungsmitteln zu Lande, zu Wasser oder in der Luft erfordern;**
- **sportliche Aktivitäten, bei denen Tiere eingesetzt werden oder anwesend sind, wie z. B. Reiten, Reitturniere und Stierkämpfe;**
- **Die Ausübung von Sportarten, die im Folgenden aufgeführt sind:**
 - **Extremsportarten: Bungee-Jumping, Höhlenforschung, Extrem-Kanu oder -Kajak (auf Wildbächen der Klasse V, Flüssen der Klasse II, auf Meeren und Ozeanen mehr als zwei Meilen von der Küste entfernt), Segeln (transozeanisch, Einhandsegeln mehr als 20 Meilen von einem Schutzraum entfernt), Base-Jumping,**
 - **Bergsportarten: Bergsteigen, Klettern (ohne künstlichen Halt mit Sicherung), Wandern über 3 000 m Höhe, Skispringen oder Snowboarden, Bobsleigh, Skeleton, Skifahren (Alpin, Langlauf, Snowboard) außerhalb markierter, öffentlich zugänglicher Pisten, Canyoning,**
 - **Luftsportarten: Kunstflug, Segelflug, Fallschirmspringen, Ultraleichtflugzeug, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Skysurfing,**
 - **Wassersport: Flaschentauchen im Rahmen eines sportlichen Wettkampfs oder als Freizeitbeschäftigung, Hydrospeed, Kitesurfen, Segeln und die private oder berufliche Navigation auf hoher See (über 200 Seemeilen).**
 - **Verteidigungs- und Kampfsportarten bei Wettkämpfen,**
 - **Motorsport: Auto-, Motorrad- oder Kartfahren,**

Jedoch ist jede Ausübung dieser Sportarten als Einführung, Freizeitbeschäftigung oder "Taufe" gedeckt, wenn sie von einem Fachmann mit den vom Staat vorgeschriebenen Diplomen und Kompetenzen betreut wird, mit Ausnahme von "Extremsportarten".

9. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

9.1 WER VERSICHERT IHREN VERTRAG?

Er wurde von der Association des Assurés APRIL (Verein gemäß französischem Gesetz von 1901, 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, FRANKREICH, dessen Ziel es ist, jede Art von Versicherungsverträgen zugunsten seiner *Versicherungsnehmer* zu erarbeiten, abzuschließen und zu fördern, deren internationale Solidarität untereinander zu stärken, ihnen adäquate Informations- und Verwaltungsmittel zur Verfügung zu stellen und ihre Vertretung bei jeder Versicherungsgesellschaft sicherzustellen, und dessen Satzung im Anhang dieses Dokumentes verfügbar ist) folgende Vereinbarungen getroffen:

Für die Krankenversicherung:

Gruppenversicherungsvereinbarungen mit freiwilliger Versicherungsaufnahme mit Groupama Gan Vie (Krankenversicherungsvereinbarungen Nr. 219/636815, 219/636816, 219/636817, 219/636818), Aktiengesellschaft mit einem Kapital von 413 036 043 € (vollständig eingezahlt), eingetragen im Handelsregister Paris unter der Nummer 340 427 616 (Code APE: 6511Z), geschäftsansässig in 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANKREICH;

Für die Assistance-, Privathaftpflicht-, Unfallversicherung, sowie für die Versicherung von Gepäck und persönlichen

Gegenständen, Reisezwischenfall und Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes : Gruppen-Assistance-Vereinbarungen mit freiwilliger Versicherungsaufnahme mit Chubb European Group SE (Vereinbarungen Nr. FRBOTA40912, FRBOTA41180), einem Unternehmen mit einem Kapital von 896.176.662 Euro, das dem frz. Versicherungsrecht unterliegt. Firmensitz: La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANKREICH, eingetragen im Handelsregister von Nanterre unter der Nummer 450 327 374. (Code APE: 660E).

Einhaltung der Wirtschafts- und Handelssanktionen: Wenn die Versicherungsleistung oder die Entschädigungs- oder Schadenszahlung im Rahmen dieses Vertrages gegen Resolutionen der Vereinten Nationen oder gegen Wirtschafts- und Handelssanktionen, -gesetze oder -vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, einer nationalen Gesetzgebung oder der Vereinigten Staaten von Amerika verstößt, ist eine solche Versicherungsleistung oder Entschädigungs- oder Schadenszahlung null und nichtig.

9.2 GESETZLICHER RAHMEN:

Die für die Aufsicht über die Versicherungsträger für alle Versicherungsleistungen zuständige Behörde ist die Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), mit Sitz in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANKREICH. APRIL International Care France unterliegt ebenfalls der Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) mit Sitz in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANKREICH. Die Aufnahme in den Versicherungsvertrag *MyStudies Cover* oder *MyTravel Cover* besteht aus dem Aufnahmeantrag, den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der *Versicherungsbescheinigung*. Sie unterliegt der französischen Gesetzgebung und insbesondere dem französischen Versicherungsgesetzbuch.

Die Versicherungsleistungen und Deckungssummen des vorliegenden Vertrages werden automatisch an die gesetzlichen und regulatorischen Entwicklungen angepasst, die für Verträge nach französischem Recht gelten.

9.3 VERJÄHRUNG:

Gemäß Artikel L114-1 des französischen Versicherungsgesetzes verjähren alle Klagen, die aus dem Versicherungsvertrag abgeleitet werden, nach zwei Jahren ab dem Ereignis, das sie entstehen lässt. Diese Frist beginnt jedoch nicht:

1. Im Falle von Anzeigepflichtverletzung, Unterlassung, falsche oder ungenau Angaben über das Risiko erst ab dem Tag, an dem der Versicherer davon Kenntnis erlangt hat;
2. Im Schadensfall nur von dem Tag an, an dem der Versicherungsnehmer davon Kenntnis erlangt hat, wenn er beweist, dass er bis dahin nichts davon gewusst hat.

Wenn die Klage des Versicherten oder des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer auf dem Rückgriff eines Dritten beruht, beginnt die Verjährungsfrist erst an dem Tag, an dem dieser Dritte eine Klage gegen den Versicherten oder den Versicherungsnehmer erhoben hat oder von diesem entschädigt worden ist.

In Anwendung von Artikel L114-2 des französischen Versicherungsgesetzes wird die Verjährung durch einen der gewöhnlichen Gründe für die Unterbrechung der Verjährung unterbrochen. Die Verjährung wird auch unterbrochen durch:

- die Bestellung von Sachverständigen aufgrund eines Leistungsanspruchs;
- die Versendung eines Einschreibens mit Rückschein, das hinsichtlich der Klage auf Zahlung des Beitrags vom Versicherer an den Versicherungsnehmer und hinsichtlich der Klage auf Zahlung der Leistung vom Versicherungsnehmer an den Versicherer gerichtet ist.

Die gewöhnlichen Gründe für die Unterbrechung der Verjährung sind in den Artikeln 2240 ff. des frz. Zivilgesetzbuches aufgeführt. Es handelt sich insbesondere um:

- die Anerkennung des Rechts desjenigen, gegen den verjährt wird, durch den Schuldner (Artikel 2240 des frz. Zivilgesetzbuchs);
- eine Klage vor Gericht, auch im einstweiligen Verfügungsverfahren, bis zum Erlöschen der Instanz. Dies gilt auch, wenn die Klage vor einem unzuständigen Gericht erhoben wird oder wenn die Klage vor Gericht durch die Wirkung eines Verfahrensfehlers für nichtig erklärt wird (Artikel 2241 und 2242 des frz. Zivilgesetzbuchs). Die Unterbrechung ist unwirksam, wenn der Kläger seine Klage zurücknimmt oder das Verfahren auslaufen lässt oder wenn seine Klage endgültig abgewiesen wird (Artikel 2243 des frz. Zivilgesetzbuchs);
- eine Zwangsvollstreckungshandlung oder eine Sicherungsmaßnahme, die in Anwendung der Zivilprozessordnung ergriffen wurde (Artikel 2244 des frz. Zivilgesetzbuchs).
- Die Aufforderung an einen der Gesamtschuldner durch eine Klage oder eine Zwangsvollstreckungshandlung oder die Anerkennung des Rechts desjenigen, gegen den er verjährt ist, durch den Schuldner unterbricht die Verjährung gegen alle anderen, auch gegen deren Erben (Artikel 2245 des frz. Zivilgesetzbuchs);
- die Aufforderung an den Hauptschuldner oder dessen Anerkennung unterbricht die Verjährungsfrist gegen den Bürgen (Art. 2246 des frz. Zivilgesetzbuchs).

Abweichend von Artikel 2254 des frz. Zivilgesetzbuches können die Parteien des Versicherungsvertrags auch im gegenseitigen Einvernehmen weder die Dauer der Verjährung ändern noch Gründe für die Hemmung oder Unterbrechung der Verjährung hinzufügen.

9.4 SUBROGATION:

Es wird festgelegt, dass der Versicherer nicht auf die Rechte und Maßnahmen verzichtet, die er gemäß Artikel L121-12 des französischen Versicherungsgesetzes in Bezug auf den Regressanspruch hat, den er gegenüber dem haftpflichtigen Dritten geltend machen kann.

Wenn Sie Opfer eines Verkehrsunfalles (mit Beteiligung eines Kraftfahrzeugs) sind, müssen Sie dem Versicherer des Unfallverursachers, der ihn auffordert, den Namen des Krankenversicherers als Drittzahler mitteilen, andernfalls verfällt der Anspruch.

9.5 KONTROLLE:

Der Versicherer behält sich die Möglichkeit vor, alle weiteren Nachweise zu verlangen, die ihm notwendig erscheinen, wobei alle medizinischen Nachweise unter Berücksichtigung der Vertraulichkeit an den Vertrauensarzt des Versicherers zu richten sind.

Bei Meinungsverschiedenheiten über die Höhe der Zahlung muss der Versicherte den Versicherer innerhalb von drei Monaten nach dem Datum der Abrechnung benachrichtigen.

Der Versicherer behält sich auch die Möglichkeit vor, medizinische Kontrollen oder sogar Gutachten durch eine vom Versicherer gewählte unabhängige medizinische Fachkraft durchführen zu lassen, deren Honorar der Versicherer zu tragen hat. Bei diesen Kontrollen oder Gutachten kann sich der Versicherte auf eigene Kosten von einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs seiner Wahl unterstützen lassen oder die Ergebnisse seines eigenen Arztes einwenden.

Weigert sich der Versicherte, die geforderten Belege zu übermitteln oder sich dem vom Versicherer geforderten medizinischen Gutachten zu unterziehen, kann der Versicherer die Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes und die Erstattung der betreffenden Kosten ablehnen.

Der Versicherte, der im Zusammenhang mit einem Leistungsanspruch vorsätzlich falsche Angaben macht oder falsche oder entstellte Dokumente verwendet, verliert jeglichen Anspruch auf Versicherungsleistungen für den betreffenden Leistungsanspruch.

Im Falle einer Anfechtung der Schlussfolgerungen des Gutachtens muss der Versicherte dem Vertrauensarzt des Versicherers innerhalb von 30 Tagen nach der Benachrichtigung in einem vertraulichen Umschlag einen eingeschriebenen Brief mit Rückschein zukommen lassen, in dem er den Gegenstand der Anfechtung nennt und die medizinisch begründeten Elemente beifügt. Wenn die Meinungsverschiedenheit fortbesteht, wird ein Schiedsgutachten erstellt, das neben den beiden Ärzten auch einen dritten, von ihnen selbst bestimmten Arzt umfasst. Jede Partei trägt das Honorar ihres Arztes, das Honorar des dritten Arztes sowie die Kosten für dessen Bestellung werden von beiden Parteien zu gleichen Teilen getragen.

9.6 BESCHWERDE - VERMITTLUNG:

Die Qualität unserer Dienstleistungen steht im Mittelpunkt unserer Verpflichtungen, aber wenn Sie dennoch eine Beschwerde bezüglich der von unserer Gesellschaft erbrachten Dienstleistungen einreichen möchten, können Sie sich an Ihren üblichen Ansprechpartner wenden.

Wenn Sie mit der Antwort nicht zufrieden sind, können Sie sich an unseren Kundenservice wenden, dessen Kontaktdaten wie folgt lauten:

Postfach: APRIL International - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

E-Mail: reclamation@april-international.com

Zu Ihrer Information: Unsere Versicherungspartner Groupama Gan Vie (8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANKREICH) und Chubb European Group SE (sise La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANKREICH), haben uns die Bearbeitung von Beschwerden anvertraut.

Wir werden uns bemühen, *Ihnen* innerhalb von maximal 48 Arbeitsstunden eine Antwort zukommen zu lassen, und verpflichten uns, *Sie* innerhalb dieser Frist über den Verlauf der Bearbeitung Ihrer Beschwerde zu informieren, falls diese aus Gründen, die nicht in unserem Einflussbereich liegen, verlängert werden muss.

Wenn die Meinungsverschiedenheit fortbesteht und keine einvernehmliche Lösung gefunden werden kann, können *Sie* sich unbeschadet anderer *Ihnen* zur Verfügung stehender gesetzlicher Rechtsbehelfe an den Ombudsmann - "La Médiation de l'Assurance" - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANKREICH wenden. Wenn der Vertragsabschluss im Fernabsatz über das Internet erfolgte, können *Sie* sich auch an den zuständigen Ombudsmann wenden, indem *Sie* eine Beschwerde auf der Plattform der Europäischen Kommission zur Beilegung von Streitigkeiten einreichen, die unter folgender Adresse zugänglich ist: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Wir weisen *Sie* darauf hin, dass die für die Bearbeitung Ihrer Beschwerde gesammelten Daten von unserem Unternehmen zum Zwecke der Nachverfolgung der Beschwerdebearbeitung elektronisch verarbeitet werden und nur dem Versicherungsträger, seinen Rückversicherern und der APRIL-Holding sowie unseren Partnerdienstleistern für die Umsetzung Ihrer Versicherungsleistungen mitgeteilt werden können. Die gesammelten Informationen sind für die Registrierung, Verwaltung und Durchführung der Versicherungsaufnahmen durch APRIL International, die *Versicherer* oder ihre Bevollmächtigten unerlässlich. *Sie* haben das Recht auf Mitteilung, Berichtigung, Widerspruch und Löschung der *Sie* betreffenden Daten (siehe Absatz 9.7).

9.7 GESETZ ZUR ELEKTRONISCHEN DATENVERARBEITUNG UND INFORMATIONSFREIHEIT

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung sind *wir* dazu veranlasst, personenbezogene Daten von *Ihnen* zu erheben. Informationen über die Datenverarbeitung und die Ausübung Ihrer Rechte in Bezug auf diese Daten finden *Sie* in dem "Informationsblatt - Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten", das *Ihnen* zur Verfügung gestellt wurde. Dieses Dokument können *Sie* auch bei unseren Beratern anfordern und auf unserer Website www.april-international.com herunterladen.

Wenn Sie Ihren Antrag widerrufen möchten, können Sie das folgende abtrennbare Formular verwenden und an APRIL International Care France – Postabteilung – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANKREICH senden

WIDERRUF

Artikel L112-9 und Artikel L132-5-1 des französischen Versicherungsgesetzes

Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz, im Falle eines Fernabsatzes per Telefon oder Internet, auch auf ihre Bitte hin, Gegenstand eines Haustürgeschäfts ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsantrag oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit fällt, hat das Recht, diesen Vertrag innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses per Einschreiben mit Rückschein ohne Begründung und straffrei zu widerrufen.

Bedingungen: Wenn Sie von Ihrem Versicherungsvertrag widerrufen möchten, füllen Sie dieses abtrennbare Formular aus und unterschreiben Sie es. Senden Sie es in einem Umschlag per Einschreiben mit Rückschein an die oben angegebene Adresse. Versenden Sie es spätestens innerhalb von 14 Tagen ab dem Tag, der auf den Tag folgt, an dem Sie Ihren Aufnahmeantrag unterzeichnet haben, oder, falls diese Frist normalerweise an einem Samstag, Sonntag oder einem gesetzlichen oder arbeitsfreien Feiertag endet, am nächstfolgenden Werktag.

Ich, der/die Unterzeichner/in, erkläre, den nachfolgend genannten Aufnahmeantrag zu widerrufen:

Name des Vertrages: **MyStudies Cover / MyTravel Cover Réf. Mtc Cov**

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages:

Name des *Versicherungsnehmers*:

Vorname des *Versicherungsnehmers*:

Anschrift des *Versicherungsnehmers*:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer:

Name des Versicherungsberaters:

Anschrift des Versicherungsberaters:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer:

Datum und Unterschrift
des *Versicherungsnehmers*:

Nur von APRIL International Care France auszufüllen: Kundennummer C=====





Firmensitz:

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKREICH
Tel: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90
E-Mail: info.expats@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. (frz. Vereinfachte Aktiengesellschaft) mit einem Kapital von 200.000 €
Handelsregister Paris 309 707 727
Versicherungsvermittler - Eingetragen im ORIAS-Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (Aufsichts- und Kontrollbehörde)
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANKREICH.
NAF6622Z - USt.-Identifikationsnummer: FR60309707727



SATZUNG

ASSOCIATION DES ASSURES APRIL

Aktualisierung vom 17. April 2018

INHALT

ABSCHNITT 1 – BILDUNG – GEGENSTAND – GESCHÄFTSSITZ - DAUER	S. 2
ABSCHNITT II – MITGLIEDER UND AUFNAHMEBEDINGUNGEN	S. 3
ABSCHNITT III – HAFTUNG DER MITGLIEDER UND WIRKSAMKEIT GEGENÜBER DEN MITGLIEDERN	S. 4
ABSCHNITT IV – EINNAHMEN - AUSGABEN	S. 4
ABSCHNITT V – SOZIALE TÄTIGKEIT	S. 5
ABSCHNITT VI – VERWALTUNG UND ARBEITSWEISE	S. 5

Artikel 1. BILDUNG UND BEZEICHNUNG

Der Verein mit der Bezeichnung „Association des Assurés APRIL“ bzw. abgekürzt Association 3 A, wurde mit Privaturkunde, unterzeichnet in Lyon am 1. Januar 1984, lt. Gesetz von 1. Juli 1901 und Dekret vom 16. August 1901, gegründet.

Dieser Verein ist gemeinnützig.

Die außerordentliche Hauptversammlung der Association des Assurés APRIL stellte am 27. April 2018 die endgültige Durchführung der Verschmelzung und Übernahme der Association des Assurés d'APRIL INTERNATIONAL durch die Association des Assurés APRIL und die rechtmäßige Auflösung, ohne Liquidation, der Association des Assurés d'APRIL INTERNATIONAL fest.

Artikel 2. GEGENSTAND

Dieser Verein hat die Aufgabe:

- Versicherungs-, Assistance- und Serviceprodukte aller Art zu prüfen, zu ermitteln, zu unterzeichnen und zu entwickeln, vor allem auf dem Gebiet der Vorsorge, der Gesundheit und der Rente, um für seine Mitglieder den Abschluss von Zusatzversicherungen oder ab dem 1. Euro zu optimieren, welche im Bedarfsfall die gesetzlichen Pflichtversicherungen ergänzen, insbesondere durch die Unterzeichnung von Kollektiv-Versicherungsverträgen mit freiwilliger oder Pflichtmitgliedschaft,
- seine Mitglieder für die wichtigsten Themen der Vorbeugung zu sensibilisieren mit dem Ziel, ihnen zum einen zu ermöglichen, ihre Gesundheit zu pflegen und zum anderen von den Versicherungsgesellschaften Vorzugsbedingungen zu erhalten, welche das verantwortungsbewusste Gesundheitsverhalten seiner Mitglieder berücksichtigt,
- statistische Untersuchungen und Analysen über das alltägliche Verhalten seiner Mitglieder im Bereich der sozialen Absicherung durchzuführen,
- vorbeugende, unterstützende, begleitende und Hilfsmaßnahmen für die Versicherten im Rahmen eines Solidaritätsfonds durchzuführen.

Artikel 3. SITZ

Der Vereinssitz befindet sich in Lyon 3ème, 114 boulevard Marius Vivier Merle.

Er kann auf einfachen Beschluss des Verwaltungsrates verlagert werden, der zu diesem Zweck zu einer Satzungsänderung bevollmächtigt ist.

Artikel 4. DAUER

Der Verein wurde für eine unbeschränkte Dauer gegründet. Er endet jedoch bei freiwilliger, satzungsgemäßer oder gerichtlich angeordneter Auflösung.

ABSCHNITT II – MITGLIEDER UND AUFNAHMEBEDINGUNGEN

Artikel 5. ZUSAMMENSETZUNG

Der Verein setzt sich aus Mitgliedern zusammen, bei denen unterschieden wird zwischen:

- den Mitgliedern,
- den Mitgliedern, die einer selbständigen Tätigkeit nachgehen,
- den Kollektivmitgliedern, was Unternehmen, Einrichtungen oder sonstige juristische Personen sind, die eine vom Verein unterzeichnete Vereinbarung für ihre Mitarbeiter abgeschlossen haben.

Zur Aufnahme in den Verein als berechtigtes Mitglied ist es notwendig, eine Versicherung abgeschlossen zu haben, die in den Rahmen einer der vom Verein geschlossenen Vereinbarungen fällt, und seine Vereinsbeitragspflicht erfüllt haben.

Die Eigenschaft als Mitglied wird vorbehaltlich der Erteilung der Beitrittsgenehmigung zu der Versicherungsvereinbarung durch den Versicherer ab dem Datum des Eingangs des Beitrittsantrags und der Zahlung des Vereinsbeitrages erworben. Sollte diese Genehmigung verweigert werden, wird der Vereinsbeitrag spätestens dreißig Tage nach Mitteilung der Ablehnung durch den Versicherer erstattet.

Lt. Beschluss des Verwaltungsrates sind ebenfalls Mitglieder des Vereines, jedoch ohne Stimmrecht:

- die natürlichen oder juristischen Personen, die für den Verein gemeldete Serviceleistungen vollbringen oder vollbracht haben, als Ehrenmitglieder,
- die natürlichen oder juristischen Personen, die dem Verein gespendet oder ein Vermächtnis übertragen haben, als Fördermitglieder.

Artikel 6. VERLUST DER EIGENSCHAFT ALS MITGLIED

Die Mitgliedschaft endet:

- durch Tod, Verschollenheit oder Abwesenheit bei natürlichen Personen,
- durch Liquidation oder einvernehmliche oder gerichtlich angeordnete Auflösung bei juristischen Personen,
- durch Streichung, beschlossen durch den Verwaltungsrat wegen Verletzung dieser Satzung oder wenn ein schädigendes Verhalten für die finanziellen oder moralischen Interessen des Vereines festgestellt wurde,

- durch Verlust der Eigenschaft als Versicherter durch eine der vom Verein geschlossenen Vereinbarung (Kündigung, Streichung, Verzicht),

- durch Austritt, erklärt gegenüber dem Vorsitzenden am Geschäftssitz des Vereines durch Einschreiben mit Rückschein. Diesem Schreiben ist die Kopie des Schreibens, ausgestellt durch die Verwaltungsorganisation des/der Vertrages/Verträge, das ihre Kündigung bestätigt, beizufügen, wobei die Kündigungen unter Einhaltung der Bedingungen in der/n Informationsnotiz/en, die als Allgemeine Geschäftsbedingungen des/der Vertrages/Verträge gelten, zu erfolgen haben.

Der Beitragsanspruch des Vereines, der eventuell für das Jahr des Verlustes der Eigenschaft als Mitglied gültig war, verbleibt in allen Fällen bestehen.

ABSCHNITT III – HAFTUNG DER MITGLIEDER UND WIRKSAMKEIT GEGENÜBER DEN MITGLIEDERN

Artikel 7. HAFTUNG DER MITGLIEDER

Die Mitglieder der vom Verein geschlossenen Vereinbarungen haften in keinem Fall persönlich für die vom Verein eingegangenen Verpflichtungen, sondern nur das Vereinsvermögen.

Artikel 8. WIRKSAMKEIT GEGENÜBER DEN MITGLIEDERN

Der Beitritt zum Verein erfolgt im Rahmen der zwischen dem Verein und den Versicherungen geschlossenen Versicherungsvereinbarungen. Der Inhalt dieser Vereinbarungen, aus denen vor allem die Bedingungen und Folgen einer Kündigung der Vereinbarungen durch den Verein oder den Versicherer hervorgehen, wird den Mitgliedern bei deren Beitritt zum Verein und zum Vertrag in Form einer Informationsnotiz zur Kenntnis gebracht, die als Allgemeine Versicherungsbedingungen gilt.

ABSCHNITT IV – EINNAHMEN - AUSGABEN

Artikel 9. EINNAHMEN DES VEREINES

Die Einnahmen des Vereines setzen sich zusammen aus:

- den Beiträgen der Vereinsmitglieder,
- den Einnahmen aus seinem Vermögen,
- den Beträgen, die als Gegenleistung für Leistungen eingenommen werden, die der Verein erbracht hat,
- gesetzlich zulässigen Subventionen oder Zuwendungen,
- anderen Einkünften, die nicht gesetzwidrig sind.

Artikel 10. AUSGABEN

Die Ausgaben des Vereines werden von den Beträgen gebildet, deren Aufwendung für die Arbeit des Vereines und seine Vertretung notwendig sind. Sie werden vom Verwaltungsrat oder von jeder anderen Person angeordnet, die dazu bevollmächtigt ist.

ABSCHNITT V – SOZIALE TÄTIGKEIT

Artikel 11. SOLIDARISCHER SOZIALFONDS

Es wurde ein solidarischer Sozialfonds gegründet, der zur Finanzierung von Unterstützungs-, Begleit- und Hilfsmaßnahmen für die Mitglieder bestimmt ist.

Die Höhe der jährlichen Zuführung in den solidarischen Sozialfonds wird vom Verwaltungsrat festgelegt, welcher dessen Zielrichtung, Aufgaben und Arbeitsweise bestimmt.

Die verschiedenen Solidaritätsaktionen des Vereines und die Zugriffsbedingungen auf diese gehen aus der Geschäftsordnung hervor.

ABSCHNITT VI – VERWALTUNG UND ARBEITSWEISE

Artikel 12. VERWALTUNGSRAT

1. Zusammensetzung

Der Verein wird von einem Verwaltungsrat geleitet, dem mindestens sechs (6) Mitglieder und höchstens fünfzehn (15) Mitglieder angehören, die für sechs (6) Jahre ernannt werden. Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden von der Hauptversammlung bestimmt; sie werden aus den Vereinsmitgliedern ausgewählt.

Der Verwaltungsrat besteht zu über der Hälfte aus Mitgliedern, die in den letzten zwei Jahren vor ihrer Ernennung weder ein Interesse noch ein Mandat bei den Versicherern innehatten oder innehaben, die Unterzeichner der vom Verein unterschriebenen Versicherungsvereinbarungen sind, und die während desselben Zeitraumes keine Zuwendungen von diesen Versicherern erhalten haben oder erhalten.

Jedes Verwaltungsratsmitglied, das während seines Mandates ein Mandat innehat oder von einem der Versicherer, die eine der Versicherungsvereinbarungen mit dem Verein unterschrieben haben, eine Entlohnung erhält, verpflichtet sich, den Vorsitzenden darüber unverzüglich per Einschreiben mit Rückschein zu informieren.

Sollte aufgrund dieser Erklärung die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder, die in den letzten zwei Jahren vor ihrer Ernennung weder ein Interesse noch ein Mandat bei den Versicherern innehatten oder innehaben,

die Unterzeichner der vom Verein unterschriebenen Versicherungsvereinbarungen sind, und die während desselben Zeitraumes keine Entlohnung von diesen Versicherern erhalten haben oder erhalten, unter 51 % fallen, verliert dieses Verwaltungsratsmitglied automatisch seine Eigenschaft als Verwaltungsratsmitglied und wird gemäß Artikel 12 der Satzung ersetzt. Bei Vakanz durch Tod, Rücktritt, Erreichung der Altersgrenze oder aus einem anderen Grund besetzt der Verwaltungsrat die freien Stellen vorübergehend neu. Die endgültige Neubesetzung erfolgt bei der nächsten Hauptversammlung. Die Mandate der derart gewählten Mitglieder enden zu dem Zeitpunkt, zu dem normalerweise das Mandat der ersetzten Mitglieder enden würde.

Die Beschlüsse und Handlungen, die vom Verwaltungsrat seit der provisorischen Ernennung durchgeführt wurden, sind auch ohne Ratifizierung gültig.

Der Verwaltungsrat tauscht alle 2 Jahre ein Drittel seiner Mitglieder aus. Die ausscheidenden Mitglieder können wiedergewählt werden. Die Reihenfolge des Ausscheidens wird von der Dauer der Zugehörigkeit zum Verwaltungsrat bestimmt.

In den Verwaltungsrat kann jede Person gewählt werden, die spätestens am Tag der Wahl 18 Jahre alt ist, Vereinsmitglied ist und ihre Beiträge bezahlt hat.

Die Altersgrenze für die Aufgabe als Verwaltungsratsmitglied beträgt 70 Jahre. Sollte dieses Alter innerhalb des Mandatszeitraums erreicht werden, endet dieser automatisch am Geburtstag des Verwaltungsratsmitgliedes.

Neue Kandidaten sind dem Verwaltungsratsvorsitzenden per Einschreiben zur Kenntnis zu geben, das spätestens dreißig Tage vor dem Datum der Hauptversammlung eingehen und enthalten muss:

- eine Kopie eines Identitätsausweises,
- eine eidesstattliche Erklärung, dass keine Verurteilung oder Maßnahmen gemäß Art. L 322-2 Pkt. 1° bis 5° Versicherungsgesetz vorliegen,
- eine Bescheinigung, aus der hervorgeht, ob der Kandidat ein Mandat für einen der Versicherer, der zu den Unterzeichnern einer Versicherungsvereinbarung mit dem Verein gehört, besitzt und er eventuell eine Entlohnung erhält oder nicht.

Personen, die gemäß Art. L 322-2 Pkt. 1° bis 5° Versicherungsgesetz verurteilt wurden oder entsprechenden Maßnahmen unterliegen, können den Verein weder direkt noch indirekt, noch durch Mittelsmann verwalten oder leiten oder bevollmächtigt sein, für den Verein Unterschrift zu leisten.

Der Verwaltungsrat wählt jedes Jahr in geheimer Abstimmung aus seinen Mitgliedern mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen einen Vorstand, der umfasst: einen Vorsitzenden, einen stellvertretenden Vorsitzenden, einen Sekretär, einen Schatzmeister und eventuell Stellvertreter. Ausscheidende Vorstandsmitglieder können wiedergewählt werden. Der Verwaltungsrat kann sich von jeder Person, deren Mitarbeit er für sachdienlich erachtet, unterstützen lassen. Diese Personen können Vereinsmitglieder sein, müssen es aber nicht.

2. Sitzung des Verwaltungsrates

Verwaltungsratssitzungen finden so oft, wie es das Interesse des Vereines erforderlich macht, auf Einladung des Vorsitzenden des Verwaltungsrates statt. Die Einladung dazu kann dieser anhand aller Mittel seiner Wahl vornehmen.

Über die Abstimmungen des Verwaltungsrates wird ein Protokoll geführt, das in ein Register aufgenommen und vom Vorsitzenden und von mindestens einem Verwaltungsratsmitglied unterzeichnet wird.

Der Verwaltungsrat kann nur dann rechtsverbindlich entscheiden, wenn mehr als die Hälfte der Verwaltungsratsmitglieder anwesend sind.

Die Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder gefasst. Bei Stimmengleichheit ist die Stimme des Verwaltungsratsvorsitzenden entscheidend. Es kann nur über die Fragen abgestimmt werden, die auf der Tagesordnung stehen.

Verwaltungsratsmitglieder, die drei Sitzungen unentschuldigt fernbleiben, können lt. Beschluss des Verwaltungsrates nach Anhörung ausgeschlossen werden.

3. Vergütung

Die Arbeit der Verwaltungsratsmitglieder wird nicht vergütet. Jedoch werden ihnen bei Vorlage der entsprechenden Belege die Kosten und Auslagen erstattet, die bei Erfüllung ihres Mandates entstanden sind. Aus dem Finanzbericht, der der ordentlichen Hauptversammlung vorgelegt wird, müssen die den Verwaltungsratsmitgliedern erstatteten Kosten und Auslagen hervorgehen.

4. Vollmachten

Der Verwaltungsrat ist allgemein mit umfassenden Vollmachten ausgestattet, um im Namen des Vereines handlungsfähig zu sein. Er legt vor allem die Höhe des Vereinsbeitrages fest, der von den Vereinsmitgliedern zu zahlen ist.

Er kann dem Verwaltungsratsvorsitzenden oder einem Vorstandsmitglied Untervollmacht erteilen.

5. Aufgaben und Befugnisse des Vorsitzenden – Aufgaben des Sekretärs und des Schatzmeisters

Die Vorstandsmitglieder haben die folgenden Zuständigkeiten:

1. Der **Vorsitzende** leitet die Arbeit des Verwaltungsrates und gewährleistet, dass der Verein funktioniert. Er vertritt den Verein vor Gericht und gegenüber der Öffentlichkeit. Zu diesem Zweck ist er mit allen Vollmachten ausgestattet. Er kann seine Vollmachten auf einen anderen Verwalter übertragen. Bei Verhinderung wird er vom Sekretär vertreten.
2. Der **Sekretär** ist für die Korrespondenz zuständig, vor allem für den Versand der diversen Einladungen. Er fasst die Beschlussprotokolle und überträgt sie in die Register. Er erfüllt die gesetzlich vorgeschriebenen Formalitäten.
3. Der **Schatzmeister** verwaltet das Vereinsvermögen und führt die Konten. Er nimmt die Einnahmen entgegen und leistet die Zahlungen unter Aufsicht des Vorsitzenden.

Er legt jährlich Rechenschaft gegenüber der Hauptversammlung, die über die Konten abstimmt.

Die Arbeit der Vorstandsmitglieder wird nicht vergütet, gleich welcher Art auch immer.

Artikel 13. HAUPTVERSAMMLUNGEN

1. Hauptversammlungen

1.1. Ordentliche Hauptversammlung

Die Mitglieder werden mindestens einmal pro Jahr zu den o. g. Bedingungen zur ordentlichen Hauptversammlung eingeladen.

Die ordentliche Hauptversammlung nimmt entgegen:

- den Geschäftsführungsbericht, der vom Verwaltungsrat verfasst wurde und der vor allem über die Funktionsweise der vom Verein geschlossenen Versicherungsvereinbarungen berichtet. Dieser Bericht wird den Mitgliedern zur Verfügung gestellt, die dies beantragen.
- die Berichte der Wirtschaftsprüfer,
- den Rechenschaftsbericht,
- den Finanzbericht.

Die ordentliche Hauptversammlung bestätigt, nach Beratung und Beschlussfassung über diese diversen Berichte, die Jahresrechnung des abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahr) und befindet über alle anderen Punkte auf der Tagesordnung.

Sie führt die Neuwahl der Mitglieder des Verwaltungsrates zu den Bedingungen von Artikel 12 dieser Satzung durch.

1.2. Außerordentliche Hauptversammlung

Sie wird zu den o. g. Bedingungen einberufen.

Die außerordentliche Hauptversammlung entscheidet über die Fragen, über die nur sie entscheiden kann: über Satzungsänderungen, Verschmelzungen und Auflösungen.

2. Einladungen

2.1. Einladung zu den ordentlichen und außerordentlichen Hauptversammlungen

Die Vereinsmitglieder, die am Tag des Beschlusses über die Einladung lt. Art. 5 Mitglied waren und ihre Beiträge bezahlt haben, werden mindestens einmal jährlich

zur ordentlichen Hauptversammlung und bei Bedarf zur außerordentlichen Hauptversammlungen eingeladen.

Die ordentlichen und außerordentlichen Hauptversammlungen setzen sich aus allen Vereinsmitglieder zusammen, die ihren Vereinsbeitrag ordnungsgemäß gezahlt haben.

Die Einladung erfolgt namentlich und wird je nach Wahl des Verwaltungsrates rechtsverbindlich vorgenommen:

- entweder mit einfachem Brief oder per E-Mail, versandt mindestens sechzig Kalendertage vor dem Datum der Hauptversammlung,
- oder durch Inserat in einer Veröffentlichung, die sich an alle Mitglieder richtet.

Die Versammlungen treten auf Einladung des Vereinsvorsitzenden zusammen, oder, wenn es sich um außerordentliche Hauptversammlungen handelt, auf Antrag von mindestens 10 % der Mitglieder. In diesem Fall sind die Einladungen zur außerordentlichen Hauptversammlung innerhalb von acht Tagen nach Eingang des Antrages zu verschicken, und die außerordentliche Hauptversammlung ist innerhalb von dreißig Tagen nach dem Versand der Einladungen abzuhalten.

Aus den Einladungen müssen zwingend das Datum, die Uhrzeit, der Ort und die vom Verwaltungsrat geplante und festgelegte Tagesordnung hervorgehen.

Beschlussvorschläge, die von mindestens einhundert Mitgliedern unterschrieben wurden, werden ebenfalls auf die Tagesordnung gesetzt, sofern sie dem Vereinsvorsitzenden mindestens fünfundvierzig Tage vor dem für die Durchführung der Hauptversammlung festgelegten Datum per Einschreiben übermittelt wurden.

Nur die von der Hauptversammlung gefassten Beschlüsse, die zu den auf der Tagesordnung stehenden Punkten gefasst wurden, sind rechtsverbindlich.

Ferner muss aus den Einladungen hervorgehen, dass, sofern kein Quorum zusammenkommt, sie als Einladung für eine zweite Hauptversammlung gelten.

3. Stimmrecht

3.1. Stimmrecht auf den ordentlichen und außerordentlichen Hauptversammlungen

Jedes Vereinsmitglied verfügt über ein Stimmrecht und eine Stimme auf der ordentlichen und außerordentlichen Hauptversammlung.

Firmenmitglieder werden von ihrem gesetzlichen Vertreter vertreten. Jedes Mitglied, das eine natürliche Person ist, kann einem anderen Mitglied oder dessen Lebenspartner Vollmacht erteilen. Dasselbe Mitglied darf nicht über mehr als 5 % der Stimmrechte verfügen. Die Vollmacht gilt für eine einzige Hauptversammlung oder zwei, wenn bei der ersten Einladung das Quorum nicht erreicht wurde oder wenn zwei Versammlungen - eine ordentliche und eine außerordentliche - am selben Tag stattfinden.

An den Verein zurückgeschickte Blankovollmachten werden dem Vorsitzenden oder seinem Vertreter innerhalb des Verwaltungsrates übertragen und berechtigen zur Abstimmung über Beschlussvorlagen, die vom Verwaltungsrat vorgelegt oder genehmigt wurden.

3.1.1. Ordentliche Hauptversammlung

Die Beschlüsse der ordentlichen Hauptversammlung werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

Alle Abstimmungen erfolgen durch Handzeichen. Die Abstimmung erfolgt jedoch geheim, wenn mindestens ein Viertel der anwesenden Mitglieder dies verlangen sollte. Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden in geheimer Abstimmung gewählt.

3.1.2. Außerordentliche Hauptversammlung

Die Beschlüsse werden ausschließlich mit Zweidrittelmehrheit der anwesenden oder vertretenen Mitglieder gefasst.

Die Abstimmungen erfolgen durch Handzeichen, sofern nicht mindestens ein Viertel der anwesenden Mitglieder eine geheime Abstimmung verlangt.

4. Durchführung der Versammlungen

Die Versammlungen werden vom Vorsitzenden des Vereines geleitet, der diese Aufgabe an den stellvertretenden Vorsitzenden oder ggf. an ein anderes Verwaltungsratsmitglied übertragen kann.

Die Beschlüsse werden protokolliert, die Protokolle werden in einem speziellen Register erfasst und vom Vorsitzenden und vom Sekretär unterschrieben. Die Einsichtnahme in die Protokolle erfolgt am Geschäftssitz des Vereines.

Es wird eine Anwesenheitsliste geführt, die vom Vorsitzenden und vom Sekretär als ordnungsgemäß abgezeichnet wird.

Die Beschlüsse der Hauptversammlungen sind im Rahmen der ihnen von dieser Satzung erteilten Vollmachten für alle Mitglieder, auch für die abwesenden, bindend.

4.1. Durchführung der ordentlichen und außerordentlichen Hauptversammlungen

Die ordentliche und außerordentliche Hauptversammlung können nur dann rechtsverbindliche Beschlüsse fassen, wenn mindestens tausend Mitglieder anwesend oder vertreten sind. Wenn die Hauptversammlung bei der ersten Einladung dieses Quorum nicht erreicht, wird eine zweite Hauptversammlung einberufen. Diese entscheidet dann unabhängig von der Anzahl der anwesenden oder vertretenen Mitglieder rechtsverbindlich.

Sollte kein Quorum erreicht werden, kann nach der ersten die zweite Hauptversammlung mit derselben Tagesordnung stattfinden.

Auf Beschluss des Vorsitzenden können die ordentliche und außerordentliche Hauptversammlung aus der Ferne abgehalten werden, die Abstimmung kann elektronisch erfolgen.

Artikel 14. GESCHÄFTSORDNUNG

Der Verwaltungsrat kann eine Geschäftsordnung erarbeiten, die die Bestimmungen der Satzung ergänzt.

Artikel 15. AUFLÖSUNG – VERSCHMELZUNG – GÜTERÜBERTRAGUNG

Die Auflösung des Vereines, seine Verschmelzung oder sein Zusammenschluss mit einer anderen Organisation können auf Vorschlag des Verwaltungsrates nur von einer außerordentlichen Hauptversammlung gemäß den obigen Bedingungen beschlossen werden.

Bei einer Liquidation oder Auflösung des Vereines erfolgen lt. Artikel L141-6 Versicherungsgesetz die am Tag der Auflösung oder Liquidation laufenden Beitritte der Mitglieder zu den kollektiven Versicherungsvereinbarungen rechtsverbindlich.

Artikel 16. SPRACHE

Die Sprache dieser Satzung ist die französische Sprache. Bei einer Übersetzung ist nur die französische Version rechtsverbindlich.

M. Pierre-Henry MICHAUD



M. Jean-Louis FAVROT

