

Worldwide Business Travel Options

Gültig ab 2011 • USD/EUR/CHF/GBP

Wahrscheinlich die beste  
Unternehmensreiseversicherung  
für Sie und Ihre Angestellten



# Inhalt

- 4 Warum ihi Bupa?
- 6 Online-Verwaltung von Policen
- 8 Ihre Deckungsoptionen
- 10 Deckung und Leistungen
- 12 So schließen Sie eine Versicherung ab
- 14 Verwendung der Versicherung
- 17 Allgemeine Versicherungsbedingungen
- 37 Glossar

Tatsächlicher  
Wert



# Warum ihi Bupa?

Wir gehen davon aus, dass Sie hohe Ansprüche haben. Aus diesem Grund bieten wir Ihnen eine der besten Unternehmensreiseversicherungen der Welt an.

Unser Ziel besteht darin, Sie und Ihre Mitarbeiter auf allen Reisen zu jeder Zeit und an jeden Ort hervorragend abzusichern, Ihnen den bestmöglichen Service zu bieten, Ihnen eine adäquate Behandlung zu verschaffen und Sie - falls erforderlich - sicher wieder nach Hause zu bringen.



Weltweite Deckung

## Ihre Vorteile\*

- Weltweite Deckung
- Unbegrenzte Krankenversicherung
- Interner Notfalldienst rund um die Uhr
- Freie Wahl anerkannter Krankenhäuser und Ärzte
- Keine Abzüge/Überschüsse oder Selbstbehalte bei der Basisabdeckung
- Stellen Sie Ihre eigene, flexible Deckung mit Gepäck-, Haftpflicht- und Reiserücktrittsversicherung zusammen
- Deckung für Geschäfts- und Privatreisen
- Deckung für mitreisende Familienmitglieder, ankommende Gäste, Geschäftspartner usw.
- Die meisten Berufe werden abgedeckt
- Deckung für alle Nationalitäten
- Online-Verwaltung von Policen

\*Die vollständigen Angaben zu Deckung und Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

# Online-Verwaltung von Policen

## Verwalten Sie Ihre Police online

Mit Worldwide Business Travel Options von ihi Bupa erhalten Sie nicht nur eine hochwertige Deckung für Ihre Mitarbeiter, – Sie erhalten außerdem maximale Flexibilität und Sicherheit.

Wir bieten Ihnen exklusiven Zugriff auf unsere Reiseregistrierungsseite, von wo aus Sie Ihre eigene Police rund um die Uhr und von überall aus verwalten können.

Sie erhalten Ihr eigenes Konto mit privatem, sicherem, passwortgeschütztem Zugriff.

Sie sparen wertvolle Zeit und erhalten einen perfekten Überblick über Ihre Reisetage.

## Ihre Online-Optionen

- Druck einer Bestätigung für jede Reise
- Registrierung aller Ihrer Reisen
- Einsehen erworbener, verbrauchter und verbleibender Reisetage
- Einsehen gegenwärtiger, zukünftiger und vergangener Reisen
- Ändern von Reiseinformationen bei Reiseroutenänderung

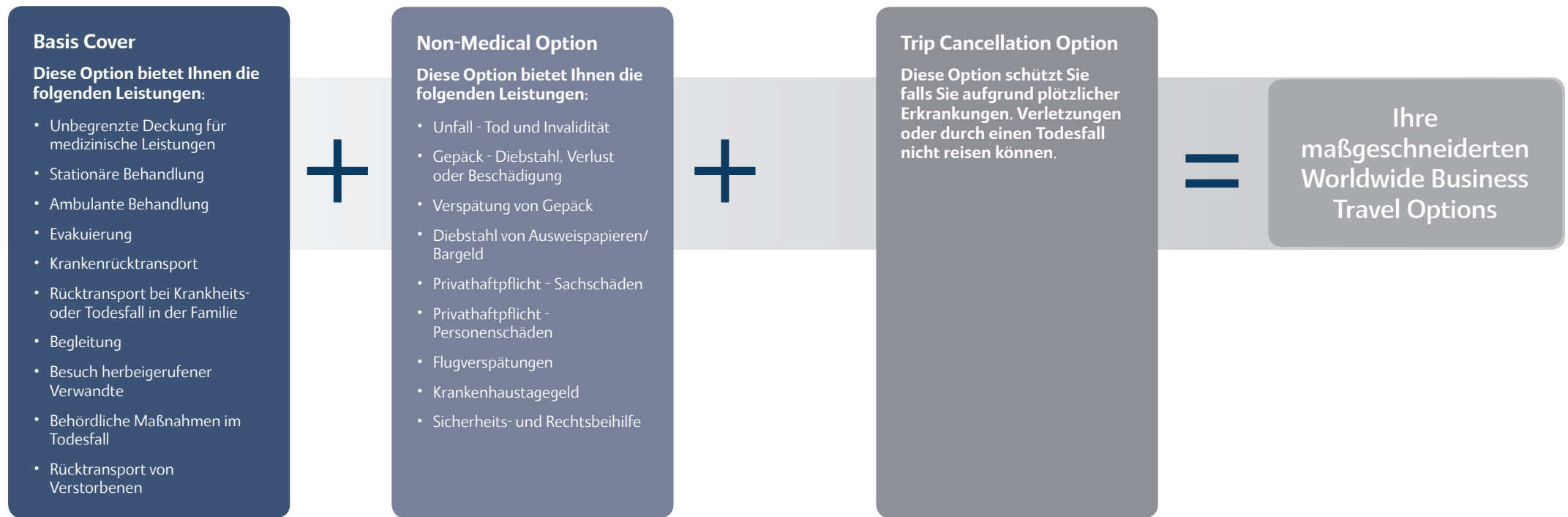
Einfach • Flexibel •  
Sicher • Zeitsparend



# Ihre Deckungsoptionen

Mit den Optionen für weltweite Geschäftsreisen bieten wir Ihnen eine Lösung, mit denen Sie sich Ihre eigene Reiseversicherungspolice selbst zusammenstellen können. Das verschafft Ihnen Flexibilität und Sicherheit, die beruhigt.

Die Basisdeckung ist eine vollständige Krankenversicherung, die für sich allein verwendet werden, oder für die eine oder beide Optionen hinzugefügt werden können.



Auf den Seiten 10-11 finden Sie eine vollständige Liste der Deckungen und Leistungen.

# Deckung und Leistungen

Gültig ab 1. Januar 2011

Die Leistungsübersicht ist Teil der Versicherungsbedingungen.

## Maximale Deckung und maximale Leistungen pro Person pro Reise:

Basic Cover	USD	EUR	CHF	GBP
Maximale Leistung pro Person pro Reise	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt
Krankenhausaufenthalt	100%	100%	100%	100%
Ambulante Behandlung durch Allgemein- oder Fachärzte	100%	100%	100%	100%
Ärztlich verschriebene Medikamente	100%	100%	100%	100%
Verordnete Behandlung durch Physiotherapeut/Chiropraktiker	2.500	2.000	3.400	1.375
Provisorische schmerzstillende Zahnbehandlung	300	250	400	165
Ambulanztransport	100%	100%	100%	100%
Medizinische Evakuierung/Krankenrücktransport	100%	100%	100%	100%
Evakuierung	100%	100%	100%	100%
Rückreise	100%	100%	100%	100%
Weiterreise nach Behandlung (muss von der Gesellschaft vorab genehmigt werden)	100%	100%	100%	100%
Rücktransport bei Krankheits- oder Todesfall in der Familie	100%	100%	100%	100%
Begleitpersonen	100%	100%	100%	100%
Herbeigerufene Verwandten	100%	100%	100%	100%
Unterbringung, Verpflegung und Transport vor Ort von Versicherten, die Ihre Reise wegen einer akuten Krankheit oder eines Unfalls nicht fortsetzen können, oder herbeigerufenen Personen oder Begleitpersonen, pro Person	6.000 pro Tag 300	5.000 pro Tag 250	8.000 pro Tag 400	3.300 pro Tag 165
Obligatorische Vorkehrungen im Todesfall	100%	100%	100%	100%
Transport des Verstorbenen an den Heimatort	100%	100%	100%	100%


Non-Medical Option	USD	EUR	CHF	GBP
Personenunfall - Tod und Invalidität*	75.000	55.000	83.000	42.000
Gepäck: Diebstahl, Verlust oder Beschädigung	3.000	2.500	3.300	1.650
Diebstahl von Ausweispapieren/Bargeld	300	250	330	165
Verspätetes Gepäck	500	350	550	280
Privathaftpflicht - Sachschäden	500.000	360.000	550.000	280.000
Privathaftpflicht - Personenschäden	1.000.000	715.000	1.100.000	550.000
Flugverspätungen	500 pro Tag 100	350 pro Tag 70	550 pro Tag 110	300 pro Tag 60
Krankenhaustagegeld	2.000 pro Tag 50	1.400 pro Tag 35	2.400 pro Tag 60	1.200 pro Tag 30
Kautionszahlungen und rechtliche Unterstützung	10.000	7.200	11.100	5.500

\*siehe jedoch auch Artikel 12.2-5) und 12.2-6)

Trip Cancellation Option	USD	EUR	CHF	GBP
Pro Person pro Reise	1.500	1.100	1.650	850

Die gesamten Bedingungen und Versicherungssummen sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegeben.

# So schließen Sie eine Versicherung ab



Interner  
Notfalldienst rund um die Uhr

## **Eine Versicherung abzuschließen ist einfach**

Einer der großen Vorteile der Worldwide Business Travel Options von ihi Bupa ist, dass es einfach ist die Versicherung abzuschließen. Sie müssen uns keine Namen, Geburtstage oder Informationen über den Gesundheitszustand Ihrer Mitarbeiter mitteilen. Damit eine Police ausgestellt werden kann, brauchen Sie nur einen Versicherungsantrag für die ganze Firma auszufüllen.

Wir stellen Ihnen eine Gesamtpolice aus, die alle Reisenden versichert. Die Versicherung wird für eine Periode von einem Jahr abgeschlossen; danach wird sie jedes Jahr erneuert.

Für den Vertragsabschluss reichen Sie bitte eine Schätzung der Reiseaktivität Ihrer Mitarbeiter ein; inklusive aller anderen relevanten Personen wie mitreisende Familienmitglieder, Gäste, Geschäftspartner usw., die während der Versicherungsdauer auch in der Police abgedeckt werden sollen. Zusätzliche Tage können Sie während der Versicherungsdauer immer hinzufügen.

Bei der Verlängerung der Versicherungsdauer kann es passieren, dass sich Reisetätigkeiten geändert haben. Die Police kann in diesem Fall einfach entsprechend der neuen Versicherungszeit, mit mehr oder weniger Reisetagen, geändert werden.

## **So bekommen Sie ein Angebot**

Ein ausführlicheres Angebot erhalten Sie, indem Sie uns Online auf [www.ihl.com](http://www.ihl.com) oder durch einen örtlichen Vertreter von ihi Bupa kontaktieren. Die Prämie wird jährlich berechnet und hängt von Ihrer jährlichen Reiseaktivität ab. Für alle Reisenden gilt ein Minimum von insgesamt 200 Reisetagen pro Jahr. Sollte die Reiseaktivität Ihres Unternehmens unter 200 Tagen liegen, empfehlen wir Ihnen stattdessen den Abschluss einer individuellen Reiseversicherung.

## **Fordern Sie einen Rückruf an**

Sie können sich Online auf [www.ihl.com](http://www.ihl.com) für einen Rückruf von uns anmelden. Gerne geben wir Ihnen mehr Informationen und beantworten alle Ihre Fragen über die verfügbaren Versicherungen.

# Verwendung der Versicherung

## **Wenn Sie eine Vorerkrankung haben**

Eine Reiseversicherung deckt akute Erkrankungen und Verletzungen ab, die nach dem Beginn Ihrer Auslandsreise eintreten. Eine Krankheit muss unerwartet eintreten, um gedeckt werden zu können. Wenn Sie eine Erkrankung vor Beginn Ihrer Reise haben, ist diese normalerweise nicht gedeckt. Wenn Sie eine Vorerkrankung haben und sich nicht sicher sind, ob die Versicherung in diesem Fall Deckung bietet, müssen Sie einen Krankenbericht an ihi Bupa senden, um Informationen über eine Deckung für Ihren Fall zu erhalten. Ihre Vorerkrankung ist gedeckt, wenn sie in den sechs Monaten vor Antritt der Reise stabil gewesen ist. Dies gilt für jede Reise - nicht nur für den Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses. Siehe auch Absatz 6.5.

Das Formular für den Krankenbericht kann unter [www.ihl.com](http://www.ihl.com) heruntergeladen werden.

Deckung für  
Geschäfts- und  
Privatreisen



# Allgemeine Versicherungsbedingungen

Gültig ab 1. Januar 2011

## Soforthilfe bei Verletzungen

Sie müssen ihi Bupa in folgenden Fällen sofort benachrichtigen: Krankenseinweisung, Evakuierung, Rücktransport bei Krankheits- oder Todesfall in der Familie, Begleitung, Besuch herbeigerufener Verwandte, Tod und Unfall.

Wenn Sie Hilfe benötigen, können Sie sich rund um die Uhr telefonisch unter +45 70 23 24 61 oder per E-Mail an [emergency@ihi-bupa.com](mailto:emergency@ihi-bupa.com) an unser internes Medical Centre wenden. Wir senden dann eine Zahlungsgarantie an Krankenhäuser, arrangieren Krankenrücktransporte sowie andere Hilfeleistungen im Zusammenhang mit akuten Erkrankungen und Verletzungen.

## Stellen von Ansprüchen

Sie können uns Ihre Ansprüche per E-Mail senden, indem Sie das Anspruchsformular unter [www.ihl.com](http://www.ihl.com) ausfüllen. Bitte füllen Sie das Formular so detailliert wie möglich aus und senden Sie es zusammen mit zugehörigen Informationen wie z.B. gescannten Verschreibungen und aufgeschlüsselten Arztrechnungen, Ausgaben für Medikamente und Zahnbehandlungen usw. an [traveclaim@ihl.com](mailto:traveclaim@ihl.com).

Sie können das Anspruchsformular auf [www.ihl.com](http://www.ihl.com) auch ausdrucken und den Ausdruck zusammen mit den aufgeschlüsselten Originalrechnungen auf dem normalen Postweg einsenden.



Gemäss dänischem  
Versicherungsvertragsgesetz.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1</b>	Aufnahme in die Versicherung
<b>Art. 2</b>	Beginn der Versicherung
<b>Art. 3</b>	Wer wird durch die Versicherung gedeckt?
<b>Art. 4</b>	Wo wird Versicherungsschutz geboten?
<b>Art. 5</b>	Was wird durch die Versicherung gedeckt?
<b>Art. 6</b>	Medizinische Kosten
<b>Art. 7</b>	Medizinische Evakuierung/Krankenrücktransport
<b>Art. 8</b>	Rückreise
<b>Art. 9</b>	Rücktransport bei Krankheits- oder Todesfall in der Familie
<b>Art. 10</b>	Begleitung oder Besuch herbeigerufener Verwandte
<b>Art. 11</b>	Evakuierung
<b>Art. 12</b>	Personenunfall
<b>Art. 13</b>	Gepäck
<b>Art. 14</b>	Verspätetes Gepäck
<b>Art. 15</b>	Privathaftpflicht
<b>Art. 16</b>	Flugverspätungen
<b>Art. 17</b>	Krankenhaustagegeld
<b>Art. 18</b>	Kautionszahlungen und rechtliche Unterstützung
<b>Art. 19</b>	Trip Cancellation Option
<b>Art. 20</b>	Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung
<b>Art. 21</b>	Vorgangweise bei der Anzeige von Leistungsansprüchen
<b>Art. 22</b>	Deckung durch Dritte
<b>Art. 23</b>	Prämienzahlung
<b>Art. 24</b>	Anzeigepflicht
<b>Art. 25</b>	Abtretung, Kündigung und Ablauf
<b>Art. 26</b>	Streitigkeiten, Gerichtsstand, etc.

## **Art. 1**

### **Aufnahme in die Versicherung**

1.1: Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (Bupa Denmark, Tochtergesellschaft der Bupa Insurance Limited, England), im folgenden "Gesellschaft" genannt, entscheidet, ob der Abschluss der Versicherung akzeptiert werden kann. Bevor der Versicherungsvertrag abgeschlossen und die Gesellschaft zur Leistungserbringung verpflichtet werden kann, muss der Versicherungsantrag durch die Gesellschaft akzeptiert werden.

1.2: Die Versicherung ist auf jährliche Basis abzuschließen. Die Mindestvertragsdauer beträgt 12 Monate. Ein Minimum von 200 Reisetagen pro Police ist erforderlich. Zur Zeit der Erneuerung soll die Police immer um ein Minimum von 200 Tagen erneuert werden, ungeachtet wie viele Reisetage von der vorigen Versicherungsperiode überwiesen wurden.

1.3: Die maximale Dauer einer Reise pro Person darf 12 Monate nicht überschreiten.

1.4: Die gesamte Gesundheitsprüfung und die Ausstellung von Policendokumenten werden in der Geschäftsstelle in Kopenhagen, Dänemark, wahrgenommen. Die Gesellschaft kann die Sachbearbeitung in Länder innerhalb oder ausserhalb der EU verlegen.

1.5: Zusatzdeckungen können nur dann vereinbart werden, wenn auch die Basic Cover vereinbart wurde.

## **Art. 2**

### **Beginn der Versicherung**

2.1: Voraussetzung für die Gültigkeit der Versicherung ist die Bezahlung der Prämie vor dem Datum des Versicherungsbeginns. Die Versicherung läuft während des in der Versicherungspolice angegebenen Zeitraums.

2.2: Das Recht auf Begleichung von Leistungsansprüchen tritt mit dem Datum des Versicherungsbeginns in Kraft. Die Deckung tritt mit der Ausreise des Versicherten aus dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, in Kraft, und hat bei der Rückkehr in das Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, aufzuhören. Wenn die Versicherung nach der Abreise von dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, ausgestellt worden ist, dann gibt es eine Warteperiode von drei Tagen, bevor die Versicherung in Kraft tritt. Im Falle einer schweren Verletzung in Verbindung mit einem Unfall, tritt das Recht auf Begleichung von Leistungsansprüchen jedoch gleichzeitig mit dem Datum des Versicherungsbeginns in Kraft.

## **Art. 3**

### **Wer wird durch die Versicherung gedeckt?**

3.1: Die Versicherung soll durch eine Gesellschaft (der Versicherungsnehmer) abgeschlossen werden und soll die Mitarbeiter (die Versicherten) decken, die im Namen der Firma reisen. Die Versicherung kann erweitert werden und auch folgendes umfassen:

- 1) Vorstandsmitglieder, mitreisende Ehepartner und Kinder und Gäste, die im Namen der Firma reisen, und/oder
- 2) kombinierte Geschäfts- und Freizeitreisen, und/oder
- 3) Freizeitreisen.

Solche Erweiterungen sollen von der Gesellschaft akzeptiert und in den Versicherungspolice angegeben werden.

3.2: Die zu versichernde Person darf zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns das 80. Lebensjahr noch nicht erreicht haben.

3.3: Die Gesellschaft soll vor jeder Reise über die Reisedaten der Versicherten informiert werden.

#### **Art. 4**

##### **Wo wird Versicherungsschutz geboten?**

4.1: Die Versicherung bietet weltweite Deckung, siehe jedoch Art. 20.1-27).

4.2: Kein Versicherungsschutz besteht in dem Land, in welchem der Versicherte eine ständige Wohnadresse hat.

#### **Art. 5**

##### **Was wird durch die Versicherung gedeckt?**

5.1: Die Versicherung bietet Deckung für den Versicherten bei akuter Erkrankung und Verletzung gemäss der Rückerstattungsübersicht auf Seite 10 und 11.

#### **Art. 6**

##### **Medizinische Kosten**

6.1: Die Versicherung bietet Deckung für den Versicherten bei akuter Erkrankung oder Verletzung

6.2: Die Behandlungskosten durch zugelassene Allgemein- und Fachärzte sowie verordnete Krankenhauseinweisung, verschriebene Medizin und lokaler Krankenwagentransport vom und zum Behandlungsort werden zu 100% vergütet.

6.3: Die Behandlungskosten durch Physiotherapeuten und Chiropraktiker durch einen zugelassenen Allgemein- oder Facharzt verschrieben werden zu 100% vergütet, dies jedoch höchstens bis zum Betrag von USD 2.500 / EUR 2.000 / CHF 3.400 / GBP 1.375 pro versicherte Person.

6.4: Die Kosten provisorischer, schmerzstillender, zahnmedizinischer Behandlung durch einen anerkannten Zahnarzt und ärztlich verschriebene Medikamente in Verbindung hiermit werden höchstens bis zum Betrag von USD 300 / EUR 250 / CHF 400 / GBP 165 pro versicherte Person vergütet.

6.5: Die Versicherung vergütet keinerlei Kosten für Behandlung von bereits bestehenden, chronischen oder wiederkehrenden Krankheiten wenn der Versicherte:

- 1) innerhalb von sechs Monaten vor der Abreise und/oder vor dem Datum des Versicherungsbeginns, im Krankenhaus behandelt worden ist,
- 2) innerhalb von sechs Monaten vor der Abreise und/oder vor dem Datum des Versicherungsbeginns, von einem Arzt behandelt worden ist (ausgenommen routinemässige Check-ups),
- 3) innerhalb von sechs Monaten vor der Abreise und/oder vor dem Datum des Versicherungsbeginns, Medikamentenänderung erfahren hat,
- 4) keine medizinische Behandlung erhalten hat, Behandlung abgelehnt oder aufgegeben hat, obwohl der Versicherte hätte wissen müssen, dass die Krankheit behandelt hätte werden müssen oder dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat,
- 5) aufgegeben worden ist oder für Behandlung abgelehnt worden ist,
- 6) auf Behandlung wartet oder auf einen anderen Behandlungsort verwiesen worden ist,
- 7) schon verabredeten Kontrollen unterlassen hat.

Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Kosten in Verbindung mit Kontrollen, Behandlungen oder Arzneimitteln bei Stabilisierung und Regulierung von bereits bestehenden chronischen oder wiederkehrenden Krankheiten verpflichtet. Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Behandlungen verpflichtet, die vor der Abreise zu erwarten waren.

6.6: Ärzte, Spezialisten, Zahnärzte usw., welche die Behandlung vornehmen, müssen in dem Land, in welchem die Behandlung vorgenommen wird, über eine entsprechende Approbation verfügen. Ausserdem gilt dass die Behandlungsmethode von den Gesundheitsbehörden des betreffenden Landes, in welchem diese vorgenommen wird, anerkannt sein muss. Kosten in Verbindung mit Behandlungsmethoden, die im betreffenden Land Anwendung finden, und die von den öffentlichen Gesundheitsbehörden noch nicht anerkannt worden sind, die aber Gegenstand wissenschaftlicher Forschung sind, werden nur dann durch die Versicherung rückerstattet, wenn die Methoden im voraus von den ärztlichen Ratgebern der Gesellschaft anerkannt geworden sind.

6.7: Die Gesellschaft kann einen Krankenrücktransport in das Land, in dem der Versicherte eine ständige Wohnadresse hat, fordern, wenn der Vertrauensarzt der Gesellschaft und der behandelnde Arzt sich darüber einigen, dass der Versicherte medizinisch in der Lage ist, in das Land transportiert zu werden, in dem der Versicherte eine ständige Wohnadresse hat. Stimmen die Entscheidungen des Vertrauensarztes der Gesellschaft und des behandelnde Arztes nicht überein, so ist die Entscheidung des Vertrauensarztes ausschlaggebend.

#### **Art. 7**

##### **Medizinische Evakuierung/Krankenrücktransport**

7.1: Bei Krankentransporten werden bei akuter ernsthafter Erkrankung, schwerer Verletzung oder Tod (vgl. Art. 6.5) angemessene zusätzliche Kosten übernommen.

7.2: Die Leistungen werden erbracht, sofern sich der behandelnde Arzt und der Vertrauensarzt der Gesellschaft über die Notwendigkeit des Krankentransports einig sind, und sofern sie sich darüber einigen, ob der Versicherte in das Land, in dem er seine ständige Wohnadresse hat oder

an einen anderen angebrachten Behandlungs-ort überführt werden soll. Bei Uneinigkeit ist die Entscheidung des Vertrauensarztes der Gesellschaft ausschlaggebend

7.3: Pro Krankheitsfall, Unfall oder Todesfall werden nur die Kosten für einen einzigen Transport übernommen.

7.4: Obligatorische Vorkehrungen im Todesfall, wie Einbalsamierung und ein verzinkter Sarg sowie die Kosten für den Rücktransport ins Heimatland der verstorbenen Person werden übernommen. Die nächsten Angehörigen haben die folgenden Wahlmöglichkeiten:

- 1) Einäscherung der verstorbenen Person und Transport der Urne ins Heimatland oder
- 2) Transport der verstorbenen Person ins Heimatland.

Vergütet werden die entstandenen Kosten für zwei herbeigerufene Verwandte oder Mitreisende der verstorbenen Person. Die Kostenrückerstattung für die Rückreise entspricht maximal den Kosten eines Flugtickets in der Economyklasse.

7.5: Falls der Versicherte wegen einer akuten Krankheit oder eines Unfalls, die durch die Versicherung gedeckt sind, die Reise nicht fortsetzen kann, werden zusätzliche und angemessene Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Transport vor Ort gedeckt, bis der Versicherte weiterreisen kann, sowie ein Flugticket der Economyklasse zur Fortsetzung der Reise, vorausgesetzt, dass dies von der Gesellschaft vor der Änderung der Reiseroute akzeptiert wurde. Die Entscheidung des beratenden Arztes von ihi Bupa ist ausschlaggebend für die Festlegung des Zeitpunktes der Weiterreise des Versicherten.

Die Deckung von Unterbringung, Verpflegung und Transport vor Ort beträgt höchstens USD 300 / EUR 250 / CHF 400 / GBP 165 pro Tag bei einer maximalen Deckung von USD 6.000 / EUR 5.000 / CHF 8.000 / GBP 3.300.

7.6: Die Gesellschaft haftet nicht für Verspätungen oder Auflagen für den Transport, welche durch Wetterverhältnisse, mechanische Probleme, Auflagen der örtlichen Behörden, durch den Piloten oder durch andere Umstände entstehen, welche ausserhalb des Einflussbereiches der Gesellschaft liegen.

#### **Art. 8 Rückreise**

8.1: Die Versicherung hat eine Rückreise an den Bestimmungsort im Ausland zu decken, wenn der Versicherte wegen Erkrankung oder Verletzung medizinisch evakuiert worden ist. Darüber hinaus gilt die Kostendeckung, wenn der Versicherte einen Krankenrücktransport oder einen Rücktransport wegen Krankheits- oder Todesfall in der Familie in Anspruch genommen hat.

8.2: Das Ereignis, dass die Rückreise verursacht, soll durch die Versicherung gedeckt sein, und die Versicherung hat bei der Rückreise immer noch gültig zu sein.

8.3: Die Rückreise hat innerhalb von zwei Wochen nach der medizinischen Evakuierung und dem Krankenrücktransport oder nach dem Rücktransport in den Heimatort, aufgrund von Tod oder ernsthafter Erkrankung in der Familie, zu erfolgen.

8.4: Die Gesellschaft ist zur Kostenrückerstattung für die Rückreise verpflichtet, die den Kosten eines Flugtickets in der Economyklasse entspricht. Der Bestimmungsort der Rückreise soll immer der Bestimmungsort sein, wo der Versicherte nach seinem ursprünglichen Reiseplan zur Zeit der Rückreise gewesen wäre.

#### **Art. 9 Rücktransport bei Krankheits- oder Todesfall in der Familie**

9.1: Die Versicherung deckt in dem Fall, in dem der Versicherte seinen Auslandsaufenthalt vorzeitig abbrechen muss, weil ein naher Verwandter in dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, als Folge einer schweren akuten Krankheit oder Verletzung, die nach der Abreise des Versicherten eingetroffen ist, ins Krankenhaus eingeliefert wird oder stirbt.

Im Zweifelsfall ist die Entscheidung des Vertrauensarztes der Gesellschaft ausschlaggebend. Im Todesfall muss der Gesellschaft eine Sterbeurkunde zugehen.

9.2: Pro Krankheitsfall, Unfall oder Todesfall werden nur die Kosten für einen einzigen Transport übernommen.

9.3: Wenn es sich bei der betreffenden verletzten Person um eine mitreisende Person handelt, die bereits zurückgerufen worden ist, wird keine Erstattung geleistet.

9.4: Für die Kosten, die im Zusammenhang mit Rückruf an den Heimatort entstehen, besteht nur dann Deckung, wenn die sich daraus ergebende Ankunftszeit mindestens 12 Stunden vor der ursprünglich vorgesehenen Ankunftszeit des Versicherten liegt.

9.5: Erstattung wird für angemessene zusätzliche Reisekosten geleistet. Die Kostenrückerstattung für die Rückreise entspricht maximal den Kosten eines Flugtickets in der Economyklasse.

9.6: Der Versicherte ist berechtigt, bei einem Rücktransport an den Heimatort aufgrund von Tod oder ernsthafter Erkrankung in der Familie von einem Reisebegleiter begleitet zu werden.

Die Leistung umfasst zusätzliche Reisekosten maximal entsprechend den Kosten eines Flugtickets in der Economyklasse.

9.7: Hat der Versicherte keine ständige Wohnadresse im gleichen Land wie der nahe Verwandte, deckt die Gesellschaft die angemessenen zusätzlichen Transportkosten in Verbindung mit der Rückführung, die den Kosten des Transports in das Wohnsitzland des Versicherten entsprechen.

#### **Art. 10 Begleitung oder Besuch herbeigerufener Verwandte**

10.1: Bei ernsthafter, akuter Erkrankung, ernsthaften Verletzungen, im Todesfall und/oder einer medizinischen Evakuierung/eines Krankenrücktransports werden die Kosten für eine Begleitperson gedeckt. Voraussetzung dafür ist, dass der Vertrauensarzt der Gesellschaft und der behandelnde Arzt darin übereinstimmen, dass der Krankenhausaufenthalt mindestens fünf Tage dauern wird oder dass der Zustand des Versicherten lebensbedrohend ist. Bei Uneinigkeit ist die Entscheidung des Vertrauensarztes der Gesellschaft ausschlaggebend.

10.2: Der Versicherte ist dazu berechtigt, sich von bis zu zwei Personen begleiten zu lassen. Die Begleitpersonen dürfen entweder Mitreisende sein oder Verwandte sein, die aus dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, herbeigerufen werden, um den Versicherten zu begleiten.

10.3: Die Gesellschaft vergütet zusätzliche Reisekosten, die den Kosten für ein Rückflugticket der Economyklasse pro herbeigerufener Person entsprechen. Darüber hinaus werden höchstens USD 300 / EUR 250 / CHF 400 / GBP 165 pro Tag bis zu einer Höchstgrenze von USD 6.000 / EUR 5.000 / CHF 8.000 / GBP 3.300 für jede

herbeigerufene Person in Verbindung mit deren Unterbringung, Verpflegung und Transportkosten vor Ort gedeckt.

10.4: Die Versicherung bietet nur einmal Deckung für einen im Notfall herbeigerufenen Verwandten in Verbindung mit einem Versicherungsereignis.

#### **Art. 11 Evakuierung**

11.1: Die Versicherung bietet Deckung in den folgenden Fällen:

- 1) Epidemien in dem Gebiet, in dem sich der Versicherte aufhält, wenn die jeweilige Epidemie vom dänischen Außenministerium, einer dänischen Botschaft oder einer ähnlichen Einrichtung bestätigt und dokumentiert wurde und wenn die betreffende Situation eingetreten ist, nachdem der Versicherte in die betroffene Region abgereist ist.
- 2) Krieg, bürgerkriegsartige Unruhen, Bürgerkrieg, terroristische Handlungen, Kriegsrecht, Revolutionen oder ähnliche Situationen in dem Gebiet, in dem sich der Versicherte aufhält, wenn die jeweilige Situation vom dänischen Außenministerium, einer dänischen Botschaft oder einer ähnlichen Einrichtung bestätigt und dokumentiert wurde und wenn die betreffende Situation eingetreten ist, nachdem der Versicherte in die betroffene Region abgereist ist.
- 3) Naturkatastrophen, wenn die Evakuierung vom dänischen Außenministerium, einer dänischen Botschaft oder einer ähnlichen Einrichtung empfohlen wird und wenn die betreffende Situation eingetreten ist, nachdem der Versicherte in die betroffene Region abgereist ist.

11.2: Die Versicherung deckt die Kosten des Transports bis zum nächsten sicheren Ziel oder in das Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, sowie einen Höchstbetrag von USD 150 / EUR 110 / CHF 170 / GBP 85 pro Tag für nachgewiesene zusätzliche Übernachtungskosten.

11.3: Wenn der Versicherte aufgrund von aktuellen oder drohenden Kriegshandlungen von den Behörden eines Landes festgehalten wird, bietet die Versicherung für einen Zeitraum von bis zu drei Monaten Deckung angemessener und nachgewiesener zusätzlicher Kosten für Übernachtung und Verpflegung zuzüglich der Kosten für erforderliche inländische Reisekosten.

11.4: Die Gesellschaft übernimmt keine Haftung für den Umfang eines möglichen Transports, arbeitet jedoch für den Fall, dass eine Unterstützung erforderlich wird, mit dem dänischen Außenministerium, der dänischen Botschaft oder einer ähnlichen Einrichtung zusammen.

## **Art. 12 Personenunfall**

12.1: Wenn der Versicherungsnehmer die Non-Medical Option gewählt hat, wird die Gesellschaft eine Vergütung im Falle eines Unfalls bezahlen, der direkt und ohne Einfluss einer Krankheit den Tod des Versicherten oder den Verlust eines Glieds, den Verlust der Sehkraft, den Verlust der Extremitäten oder permanente, totale Invaldität verursacht.

12.1.1: Ein Unfall wird im Untenstehenden definiert: Ein zufälliges Ereignis, das ohne Absicht des Versicherten entsteht und welches einen plötzlichen, externen und tätlichen Einfluss auf den Körper hat, woraus nachweisbarer, körperlicher Schaden folgt.

12.2: Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung.  
Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Kosten verpflichtet, welche folgende Umstände betreffen oder aus ihnen resultieren:

- 1) jede Krankheit oder bereits bestehender medizinischer Zustand, auch wenn die Krankheit oder der Zustand durch den Unfall wiederkehrt oder verschlechtert worden ist,
- 2) jeder Unfall von einer Krankheit verursacht,
- 3) alle verschlimmerten Folgen eines Unfalls wegen eines bereits bestehenden Zustandes oder jede unvorhergesehene nachträglich zugezogene Krankheit,
- 4) alle Folgen von medizinischer Behandlung, die nicht durch einen Unfall hervorgerufen worden sind, der von der Versicherung gedeckt wurde,
- 5) wenn der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht hat, ist die Vergütung im Todesfall auf USD 3.000 / EUR 2.500 / CHF 4.000 / GBP 1.700 begrenzt.
- 6) wenn der Versicherte das 75. Lebensjahr erreicht hat, ist die Vergütung im Todesfall oder Invaldität auf 50% der Versicherungssumme begrenzt.

12.3: Vergütung im Todesfall wird zu 100% der Versicherungssumme zahlbar, wenn der Tod des Versicherten binnen einem Jahr nach dem Unfall eine direkte Folge des Unfalls ist.

Die Versicherungssumme soll an die nächsten Verwandten bezahlt werden, die als Gatte/Gattin des/der Versicherten definiert werden, oder, wenn der/die Versicherte keinen Gatte/keine Gattin hinterlässt, an die Kinder des/der Versicherten, oder im Falle von Nichtvorhandensein von Kindern, an den Partner/die Partnerin, vorausgesetzt, dass dieser Partner/diese Partnerin unter derselben Adresse, wie der des/der Versicherten seit mindestens zwei Jahren registriert ist, oder im Falle von Nichtvorhandensein eines Partners/einer Partnerin, an die Begünstigten, es sei denn, dass die Gesellschaft schriftliche Anweisungen über das Gegenteil erhalten hat.

Sollte eine Vergütung im Falle von Invaldität als eine Folge eines Unfalls ausbezahlt worden sein, ist der zahlbare Rückerstattungsbetrag die Differenz zwischen den Leistungen in Verbindung mit einem Todesfall und dem schon bezahlten Betrag.

12.4: Vergütung im Falle von Verlust eines Glieds, Verlust der Sehkraft, Verlust der Extremitäten oder im Falle permanenter, totaler Invaldität wird zahlbar, vorausgesetzt, dass die Verletzung die Invaldität des Versicherten binnen einem Jahr nach dem Unfall zur Folge hat.

- 1) Verlust eines Glieds soll Verlust durch Abtrennung oder der totale und unersetzbare Verlust des Gebrauchs einer Hand sein oder über dem Handgelenk oder des Fusses an oder über dem Knöchel sein. Vergütung soll zu 50% der Versicherungssumme erfolgen.
- 2) Verlust der Sehkraft soll Verlust der Sehkraft eines Auges oder beider Augen sein, und soll als vollständig und unersetzbar von einem zugelassenen Augenspezialisten bestätigt worden sein und von der Gesellschaft genehmigt worden sein. Im Falle von Verlust der Sehkraft eines Auges, erfolgt die Vergütung zu 25% der Versicherungssumme. Im Falle von Verlust der Sehkraft beider Augen, erfolgt die Vergütung zu 50% der Versicherungssumme.
- 3) Verlust der Extremitäten soll die permanente, physische Abtrennung oder der totale und unersetzbare Verlust des Gebrauchs eines Digitus oder eines Teils hiervon oder eines Ohres, der Nase oder des Geschlechtsorgans oder eines Teils hiervon sein. Die Vergütung erfolgt zu 10% der Versicherungssumme.
- 4) Permanente, totale Invaldität soll Invaldität sein, welche den Versicherten unvermeidlich und andauernd arbeitsunfähig macht und ihn verhindert jeden Bereich seiner gewöhnlichen Geschäfte oder seiner

gewöhnlichen Erwerbstätigkeit für eine Periode von 12 Monaten auszuführen, und am Ende einer solchen Periode von 2 zugelassenen und von der Gesellschaft genehmigten Ärzten als ohne Hoffnung auf Verbesserung bestätigt ist. Wenn der Versicherte keine Geschäfte oder Erwerbstätigkeit hat, soll die Invaldität ihn sofort und andauernd auf sein Haus begrenzen und ihn verhindern, seine gewöhnlichen Pflichten zu erledigen. Die Vergütung erfolgt zu 100% der Versicherungssumme.

12.5: Der Versicherte soll in medizinischer Behandlung sein und den Vorschriften des Arztes nachkommen.

12.6: Die Gesellschaft ist befugt Auskünfte von jedem Arzt einzuholen, der den Versicherten behandelt oder behandelt hat, den Versicherten zu einer Behandlung bei einem von der Gesellschaft gewählten Arzt zu unterziehen und, im Todesfall, eine Obduktion zu verlangen.

## **Art. 13 Gepäck**

13.1: Wenn der Versicherungsnehmer die Non-Medical Option gewählt hat, erstattet die Gesellschaft dem Versicherten die Kosten während seiner Reise außerhalb des Landes, in dem er seine ständige Wohnadresse hat und die betreffen: Gepäck, elektronische Geräte, Bargeld, Fahrkarten, Reiseschecks, Kreditkarten, Wertpapiere und Pässe, die dem Versicherten gehören.

Gepäck und elektronische Geräte für den berufsmäßigen Gebrauch, einschl. Warenproben, Aktien und Sammlungen, werden nicht gedeckt. Fahrräder und Sportausrüstung und deren Zubehör werden nicht gedeckt.

Rückerstattungen von persönlichen Gegenständen können nie 50% der Versicherungssumme übersteigen. Die maximale Rückerstattung von Fotogeräten und Schmuck beträgt 25% der

Versicherungssumme. Die Versicherungssumme stellt gemäß der Übersicht über Versicherungsschutz und Leistungen die maximale Rückerstattung pro Schadensfall dar.

1 3. 2: Es gelten die Grenzen, wie sie in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt sind:

Ursache/Gegenstand	Gepäck und elektronische Geräte	Bargeld, Reisedokumente, Wertpapiere und Pässe
Feuer, Raub, Diebstahl aus einem geschlossenen Hotelzimmer, aus einer verschlossenen Wohnung im Ausland oder aus einem verschlossenen Safe	Bis zur Höhe der Versicherungssumme	Bis 10% der Versicherungssumme
Während der Tat beobachteter Diebstahl von versicherten Wertsachen, die vom Versicherten getragen oder am Körper getragen werden	Bis zur Höhe der Versicherungssumme	Bis 10% der Versicherungssumme
Diebstahl aus einem Kofferraum oder einem Schließfach, das nicht das Verwahrungsfach eines verschlossenen Boots oder Kraftfahrzeugs darstellt	Bis zur Höhe der Versicherungssumme	Bis 10% der Versicherungssumme
Dokumentierter Verlust oder Diebstahl von eingetragtem Gepäck (Nachweis ist erforderlich)*	Bis zur Höhe der Versicherungssumme (elektronische Geräte und Fotoausrüstungen sind jedoch nicht gedeckt)	Nicht gedeckt
Dokumentierte Beschädigung von eingetragtem Gepäck (Nachweis ist erforderlich)	Bis zur Höhe der Versicherungssumme (elektronische Geräte sind jedoch nicht gedeckt)	Nicht gedeckt
Diebstahl aus einem Verwahrungsfach eines verschlossenen Boots oder Kraftfahrzeugs	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
Vergessene, verlorene oder verlegte Gegenstände	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
Diebstahl von ohne ausreichende Aufsicht abgestelltem Gepäck	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
Diebstahl aus Fahrzeugen, Booten, Anhängern Hotelzimmern, Wohnungen oder Safes, die keine sichtbaren Zeichen einer gewaltsamen Forcierung erkennen lassen	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
Beschädigung des Gepäcks durch Lebensmittel, Flaschen, Gläser usw., die sich im eigenen Gepäck des Versicherten befinden	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
Verluste in Verbindung mit der missbräuchlichen Verwendung von Kreditkarten oder Reiseschecks	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
Verlust oder Beschädigung von separat befördertem Gepäck	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
Indirekte Verluste	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
Einfacher Diebstahl	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt

\*Leistungsansprüche können frühestens einen Monat nach dem Verlust ausgezahlt werden

1 3. 3: Die Rückerstattung bei Verlust oder Beschädigung von Wertsachen des Versicherten berechnet sich wie folgt:

- 1) Die Versicherung bietet Deckung für Anschaffungskosten für vergleichbare neue Gegenstände, wenn die gestohlenen Gegenstände nicht älter als zwei Jahre alt sind (Dokumentation notwendig),
- 2) für Gegenstände, die älter als zwei Jahre sind, aus zweiter Hand gekauft worden sind oder schon beschädigt waren, erfolgt eine Rückerstattung nach Schätzung der Kosten einer entsprechenden Ersatzware nach Abzug für Alter, Abnutzung, reduzierte Brauchbarkeit oder andere Umstände. Dies gilt auch für Habe, für welche keine Dokumentation des Alters und des Wertes unterbreitet werden kann,
- 3) Die Gesellschaft ist dazu berechtigt, nach eigenem Ermessen beschädigte Gegenstände reparieren zu lassen oder einen Betrag zu vergüten, der den Reparaturkosten entspricht,
- 4) die Gesellschaft ist dazu berechtigt, aber nicht dazu gezwungen in Sachwerten zu vergüten,
- 5) Deckung für Film, Video und Tonbänder usw. beschränkt sich auf die Rohmaterialien.
- 6) die Versicherung erstattet die Kosten für neue Fahrkarten, Reiseschecks, Kreditkarten, Wertpapiere und Pässe, einschliesslich der notwendigen Transportkosten, Gebühren, Fotos usw., aber nicht die Kosten für die Kompensation der Zeit, die in dieser Verbindung aufgewendet wurde.

1 3. 4: Die Gesellschaft ist nur zur Rückerstattung verpflichtet, wenn der Versicherte sein Gepäck sicher behandelt und aufbewahrt und seine Habe mit der erforderlichen Sorgfalt beaufsichtigt hat.

1 3. 5: Jeder Diebstahl oder Raub muss bei der nächsten Polizeidienststelle gemeldet werden. Falls es durch außergewöhnliche Umstände nicht möglich ist die relevante Autorität zu informieren, z. B. wegen unmittelbarer Abreise, ist der Versicherte bei seiner Rückkehr dazu verpflichtet, die Gesellschaft sofort zu informieren.

Verlust oder Beschädigung von eingetragten Gepäckstücken müssen der Fluggesellschaft oder einer anderen zuständigen Einrichtung gemeldet werden.

Eine Kopie der Anzeige bei der Polizei oder der Fluggesellschaft oder einer anderen zuständigen Einrichtung ist zusammen mit der Forderung bei der Gesellschaft einzureichen.

#### Art. 14 Verspätetes Gepäck

1 4. 1: Wenn der Versicherungsnehmer die Non-Medical Option gewählt hat, deckt die Versicherung angemessene Kosten für Kleider, Toilettenartikel und wichtige Arzneimittel in den Fällen, wo das registrierte Gepäck mit mehr als fünf Stunden nach der Ankunftszeit an der Destination ausserhalb des Landes, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, verspätet ist.

1 4. 2: Rückerstattung erfolgt unter der Voraussetzung, dass der Versicherte:

- 1) Originaldokumentation (in der Form eines "Property Irregularity Report") von dem Transportunternehmen vorlegt, in dem erklärt wird, dass das Gepäck nicht zur festgesetzten Zeit und am festgesetzten Datum angekommen ist und mit Angabe der aktuellen Ankunftszeit,
- 2) bereits einen Ersatzkauf vorgenommen hat, bevor ihm das Gepäck geliefert wurde,
- 3) Originaldokumentation der bezahlten Kosten in Form datierter Quittungen, Zahlungsbelegen und ähnlichem zur Verfügung stellt.

14.3: Die Versicherung deckt keine Kosten für:

- 1) die Miete oder den Kauf von Sportartikeln,
- 2) indirekte Verluste,
- 3) Verspätungen des eingetragenen Gepäcks des Versicherten bei der Ankunft in dem Land, in dem der Versicherte seinen ständigen Wohnsitz hat.

#### **Art. 15**

##### **Privathaftpflicht**

15.1: Wenn der Versicherungsnehmer die Non-Medical Option gewählt hat, deckt die Versicherung die folgenden Ansprüche:

- 1) gesetzlicher Haftpflicht für Personen- oder Sachschäden, die vom Versicherten nach dem geltenden Recht des Landes, in dem die Personen- oder Sachschäden eintreten, verursacht werden,
- 2) die Kosten für die Bestreitung von Ansprüchen nach Übereinkunft mit der Gesellschaft,
- 3) Schäden an einer gemieteten Ferienwohnung/ einem Hotelraum und an den Inhalt einer gemieteten Wohnung.

15.2: Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung.

Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Kosten verpflichtet, welche folgende Umstände betreffen oder aus ihnen resultieren:

- 1) Haftpflicht aus Verträgen (Vertragshaftung),
- 2) Ansprüche, die sich aus dem Geschäft, dem Anstellungsverhältnis oder der Arbeit des Versicherten herleiten oder damit zusammenhängen,
- 3) Ansprüche, die sich daraus herleiten, dass der Versicherte, sei es auf vertraglicher Basis oder

anderweitig, Verpflichtungen eingegangen sind, die umfangreicher sind als die in den gesetzlichen Bestimmungen über die nicht vertragliche Haftpflicht festgelegten,

- 4) Verlust oder Beschädigung von persönlichem Eigentum, über das der Versicherte als Leihgabe, als Mietsache oder zur Lagerung verfügt oder das sich zu Transport-, Verarbeitungs- oder Behandlungszwecken oder aus irgend einem anderen Grund in seinem Besitz oder seiner Obhut befindet (ausgenommen Deckung gemäß Art. 15.1-3),
- 5) Verlust oder Beschädigung zulasten eines Familienmitglieds, Mitglieds, Mitarbeiters oder Mitreisenden des Versicherten,
- 6) Verlust oder Beschädigung, die durch Haustiere des Versicherten verursacht werden,
- 7) Ansprüche, die sich daraus herleiten, dass der Versicherte durch Infektion oder auf andere Weise eine Krankheit auf eine andere Person übertragen hat,
- 8) Verlust oder Beschädigung, die verursacht werden durch Verwendung eines Kraftfahrzeugs, Wohnwagens oder Anhängers, eines Flugzeugs oder eines Boots von mehr als drei Metern Länge einschließlich des Segels, oder eines Kraftfahrzeuges, eines Wohnwagens oder Anhängers, Flugzeugs oder Boots von weniger als drei Metern Länge einschließlich des Segels, wenn die Leistung des Motors drei PS übersteigt,
- 9) gesetzliche Haftpflicht für Personenschäden oder Schäden an Eigentum, die vom Versicherten mutwillig oder durch grobe Fahrlässigkeit verursacht wurden,
- 10) Ansprüche, die als Folge einer Beteiligung des Versicherten an illegalen Aktivitäten entstanden sind.

15.3: Die Versicherung deckt keine Geldbußen ab und auch keine Zahlung mit Strafcharakter.

15.4: Die in der Policentabelle für Personen- und Sachschäden genannte Versicherungssumme bildet die Obergrenze der Leistungspflicht der Gesellschaft für den einzelnen Versicherungsfall, auch dann, wenn es zu mehreren Verlusten oder Beschädigung kommt und auch dann, wenn mehrere Personen haftbar gemacht werden können, sowie auch dann, wenn eine Deckungspflicht unter einer oder mehrerer mit der Gesellschaft abgeschlossenen Versicherungsverträge gegeben ist.

15.5: Der Versicherte kann nicht für die Gesellschaft bindend das Bestehen einer Haftpflicht für von ihm verursachte Verluste, Schäden oder Verletzungen erklären.

#### **Art. 16**

##### **Flugverspätungen**

16.1: Wenn der Versicherungsnehmer die Non-Medical Option gewählt hat, deckt die Versicherung Ansprüche:

- 1) wenn ein gebuchter Flug mehr als fünf Stunden verspätet ist ,
- 2) wenn ein Flug annulliert wird,
- 3) im Fall einer Überbuchung, die dazu führt, dass der Versicherte mit einem gebuchten Flug nicht mitfliegen kann.

16.2: Die Versicherung bietet Deckung für nachgewiesene, erforderliche und angemessene zusätzliche Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Transport vor Ort bis zu USD 500 / EUR 350 / CHF 550 / GBP 300 pro Versicherten.

16.3: Die Deckung setzt voraus, dass die Versicherung abgeschlossen wurde, bevor das Transportunternehmen die Verspätung bekanntgab.

#### **Art. 17**

##### **Krankenhaustagegeld**

17.1: Wenn der Versicherungsnehmer die Non-Medical Option gewählt hat, hat der Versicherte Recht auf ein Krankenhaustagegeld.

17.2: Das Krankenhaustagegeld muss von der Gesellschaft vorab genehmigt werden und wird nur gezahlt, wenn eine stationäre Behandlung für eine vom Versicherungsvertrag gedeckte, in Frage kommende Erkrankung erfolgt.

17.3: Die Gesellschaft leistet an den Versicherten USD 50 / EUR 35/CHF 60 / GBP 30 für jede 24-Stunden-Periode, die er als stationärer Patient im Krankenhaus verbringt. Die gesamte zu zahlende Summe beträgt maximal USD 2.000 / EUR 1.400 / CHF 2.400 / GBP 1.200 pro Versichertem.

#### **Art. 18**

##### **Kautionszahlungen und rechtliche Unterstützung**

18.1: Wenn der Versicherungsnehmer die Non-Medical Option gewählt hat, leistet die Gesellschaft Zahlungen, die dazu geeignet sind, dauerhaft oder vorübergehend zu verhindern, dass der Versicherte von den örtlichen Behörden inhaftiert oder seine Habe beschlagnahmt wird (Kautionszahlungen).

Kautionszahlungen erfolgen als zinsloses Darlehen, das direkt nach Freilassung/Freigabe oder auf Anforderung an die Gesellschaft zurückzuzahlen ist.

Wird die Kautionszahlung einbehalten, weil der Versicherte ein Strafgeld oder eine Entschädigungsleistung, zu deren Zahlung er verpflichtet wurde, nicht geleistet hat oder weil der Versicherte nicht zur Gerichtsverhandlung erscheint oder weil der Versicherte in anderer Weise schuldhaft an der Inhaftierung/Beschlagnahme beteiligt ist, dann gilt die Kautionszahlung als zinsloses Darlehen, das direkt nach Einbehaltung an die Gesellschaft zurückzuzahlen ist.

18.2: Die Versicherung bietet Deckung für die rechtliche Unterstützung im Zusammenhang mit rechtlichen Problemen, die während der versicherten Reise auftreten. Wenn während der versicherten Reise der Versicherte einer Straftat beschuldigt oder angeklagt wird, leistet die Versicherung für erforderliche und angemessene Anwaltskosten bis zur Entscheidung des Falles durch ein Gericht der ersten Instanz. Wird der Versicherte vor dem Gericht der ersten Instanz wegen einer Straftat verurteilt, dann gelten die Anwaltskosten des Versicherten als zinsloses Darlehen, das auf Anforderung an die Gesellschaft zurückzuzahlen ist. Die Wahl eines ausländischen Rechtsanwalts als Vertreter des Versicherten bedarf der Zustimmung der Gesellschaft.

18.3: Die Versicherung bietet Deckung für die Reisekosten des Versicherten, wenn der Versicherte als Zeuge oder zur Vernehmung bei einem Gericht außerhalb des Landes vorgeladen wird, in dem der Versicherte eine ständige Wohnadresse hat.

18.4: Mit Ausnahme der Kautionszahlung nach Art. 18.1 gilt für die Leistung ein Selbstbehalt von 10 % der Gesamtkosten, jedoch mindestens USD 500 / EUR 350 / CHF 550 / GBP 280.

18.5: Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung.  
Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Kosten verpflichtet, welche folgende Umstände betreffen oder aus ihnen resultieren:

- 1) Rechtsstreitigkeiten zwischen dem Versicherten und dem Reisebüro, dem Reiseveranstalter oder dem Reisevermittler.
- 2) Rechtsstreitigkeiten, die sich aus Verträgen oder dem Geschäft, dem Anstellungsverhältnis oder der Arbeit des Versicherten herleiten,
- 3) Rechtsstreitigkeiten aus dem Bereich des Familien- und Erbrecht.

- 4) Rechtsstreitigkeiten zwischen dem Versicherten und der Gesellschaft,
- 5) Rechtsstreitigkeiten, die nicht während der versicherten Reise eingetreten sind,
- 6) Rechtsstreitigkeiten wegen Haftpflichtansprüchen im Zusammenhang mit der Nutzung von Kraftfahrzeugen, Flugzeugen oder Booten,
- 7) De-Facto-Entscheidungen, Geldbußen und Zahlung mit Strafcharakter.

### **Art. 19** **Trip Cancellation Option**

19.1: Wenn der Versicherungsnehmer die Trip Cancellation Option gewählt hat, leistet die Versicherung Rückerstattung für Kosten, die dem Versicherten für seine Reise entstanden sind und für die er im Fall eines Rücktritts oder einer Änderung der Reiseroute nach den Geschäftsbedingungen des Reisebüros oder der Fluggesellschaft keine Erstattung beanspruchen kann.

Eine Rückerstattung erfolgt nur, wenn der Versicherte die tatsächlichen Kosten in zufriedenstellender Weise nachweist. Der maximale Rückerstattungsbetrag pro versicherte Person pro Reise beträgt USD 1,500 / EUR 1,100 / CHF 1,650 / GBP 850.

19.2: Der Anspruch auf Rückerstattung erlischt, sobald der Versicherte das Land, in dem er seine ständige Wohnadresse hat, verlässt, um die Reise anzutreten. Der Reiseantritt ist definiert als Passieren einer Grenzkontrolle oder Betreten eines Flugzeugs, eines Schiffes oder eines Zuges.

19.3: Die Versicherung bietet Deckung in den Fällen, in denen der Versicherte die Reise nicht antreten kann, weil er oder ein naher Angehöriger verstorben ist, oder schwer erkrankt/verletzt wird, so dass eine

stationäre Behandlung erforderlich ist, oder weil der Versicherte in einem ärztlichem Attest für nicht reisetauglich erklärt wird.

Bedingung für die Deckung ist, dass der Tod, die Krankheit (oder deren Symptome) oder die Verletzung eintrat, nachdem der Versicherte die Reise gebucht oder bezahlt und nachdem er die Versicherung abgeschlossen hat.

Wenn ein Versicherungsfall eintritt, der zu einer Stornierung der Reise führt, gilt die Rückerstattung auch für einen allein stehenden mitversicherten Mitreisenden. Wenn der Versicherte mit seinem versicherten Ehepartner und/ oder seinen Kindern reist, so umfasst der Versicherungsschutz diese Familienmitglieder.

19.4: Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung.

Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Kosten verpflichtet, welche folgende Umstände betreffen oder aus ihnen resultieren:

- 1) Wenn die Krankheit, die Verletzung des Eigentums durch Links oder Todesursache, die zu der Stornierung der Reise führt, bereits Symptome hervorgerufen oder vorhanden gewesen war, als der Versicherte die Reise gebucht und/oder bezahlt hatte, und daher der Eintritt des Versicherungsfalles bereits vor Antritt der Reise abzusehen war,
- 2) Wenn der Versicherte sich einer medizinischen Behandlung nicht unterzogen oder diese verweigert oder aufgegeben hat, obwohl der Versicherte hätte wissen müssen, dass die Krankheit behandelt werden musste oder der Zustand sich verschlimmert hat,
- 3) Wenn die stornierte Reise ein Teilarrangement der gesamten versicherten Reise darstellt,

4) Wenn die Stornierung auf einer Änderung der Reisepläne, einer Änderung gefasster Beschlüsse, veränderter Bedingungen am Reiseziel, Naturkatastrophen, terroristische Handlungen oder ähnliche Situationen zurückzuführen ist,

5) Wenn die Ansprüche an die Reiserücktrittskostenversicherung direkt oder indirekt durch vorsätzliche Handlungen des Versicherten oder aufgrund fahrlässige Handlungen oder Unterlassungen entstanden sind, es sei denn, es ist nachweisbar, dass die Ansprüche hiermit nicht in Zusammenhang stehen,

19.5: Im Fall eines Anspruchs an die Reiserücktrittskostenversicherung muss der Versicherte das Reisebüro/die Fluggesellschaft sofort benachrichtigen. Die Versicherung ist nicht zur Rückerstattung von Kosten verpflichtet, wenn die Stornierung nach dem Zeitpunkt der Abreise erfolgt.

19.6: Für den Fall eines Anspruchs aus der Reiserücktrittskostenversicherung verpflichtet sich der Versicherte, ein medizinisches Attest einschließlich Diagnose des behandelnden Arztes vorzulegen und auf Verlangen dem Vertrauensarzt der Gesellschaft den Zugang zu allen medizinischen Akten oder Berichten zu ermöglichen, einschließlich Daten zu früheren Erkrankungen. Im Todesfall ist die Todesurkunde vorzulegen.

### **Art. 20** **Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung**

20.1: Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Kosten verpflichtet, welche die folgenden Umstände betreffen oder aus ihnen resultieren:

- 1) Tod, Krankheiten, Verletzungen, körperliche Gebrechen oder physische Behinderungen sowie Folgen daraus, die bereits vorhanden waren, oder Symptome gezeigt haben, vor jeder Auslandsreise (vgl. Art. 6.5),

- 2) plastische Chirurgie und Behandlung sowie Folgen hiervon, ausser wenn sie ärztlich verschrieben und von der Gesellschaft genehmigt ist.
- 3) Rekreationsbehandlung,
- 4) bereits bestehende Zahnkrankheiten und zahnmedizinische Behandlungen, die nicht provisorisch und schmerzstillend sind und bis zur Rückkehr warten können,
- 5) Zahnprothesen, Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräte,
- 6) Geschlechtskrankheiten, AIDS, in Verbindung mit AIDS und HIV-Antikörpern (HIV-positiv) auftretende Krankheiten,
- 7) ärztlicher Beistand in Verbindung mit der Mutterschaft, die nach dem 8. Monat (36. Woche) der Schwangerschaft bzw. für den Fall, dass die Schwangerschaft das Resultat einer Fertilitätsbehandlung ist und/oder die Versicherte mehr als ein Kind erwartet, nach dem 4. Monat (18. Woche). Unter keinen Umständen werden Kontrolluntersuchungen gedeckt.
- 8) nicht ärztlich verordnete, herbeigeführte Abtreibung,
- 9) die Einnahme von Alkohol, Drogen oder Atzmitteln, es sei denn, dass dokumentiert werden kann, dass die Krankheit, oder der Unfall, in keiner Verbindung damit stehen,
- 10) absichtliche, selbst verursachte körperliche Verletzungen,
- 11) Behandlungen durch Naturheilkunde, Naturpräparate und andere alternative Behandlungsmethoden,

- 1 2) Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen, welche unmittelbar oder mittelbar durch aktive Teilnahme an Krieg, Invasion, Feindesaktivitäten, feindseligen Aktivitäten (unabhängig vom Vorliegen einer Kriegserklärung), Bürgerkrieg, terroristischen Aktivitäten, Rebellionen, Revolution, Aufständen, Bürgerunruhen, militärisch oder widerrechtlich angeeigneter Macht, Kriegsrecht, Aufständen oder Aktivitäten einer rechtlich befugten Autorität oder von Heer, Marine oder Luftwaffe (unabhängig vom Vorliegen einer Kriegserklärung),
- 1 3) Nuklearreaktionen und radioaktive Niederschläge,
- 1 4) Behandlungen, die von einem nicht anerkannten Arzt/einer nicht anerkannten Einrichtung durchgeführt werden (siehe Glossar),
- 1 5) Epidemien, die unter staatliche Aufsicht gestellt worden sind,
- 1 6) Behandlung durch einen Psychologen, es sei denn, dass sie durch einen zugelassenen Arzt in Verbindung mit akuter Linderung verschrieben worden ist,
- 1 7) Medizinische Untersuchungen, Impfungen und andere vorbeugende Behandlungen,
- 1 8) Widerstand der versicherten Person gegenüber den durch den Vertrauensarzt der Gesellschaft erteilten ärztlichen Anordnungen oder Nichtbefolgung solcher Anordnungen,
- 1 9) Verweigerung eines Krankenrücktransportes durch die versicherte Person (vgl. Art. 6.7),
- 2 0) Transport, der von der Gesellschaft nicht arrangiert worden ist. Transportkosten, die dem Betrag entsprechen, den die Gesellschaft

vergüten würde, wenn sie Bescheid darüber bekommen hätte, werden jedoch vergütet.

- 2 1) medizinische Behandlung und Untersuchungen, die warten können, bis der Versicherte wieder zu Hause ist,
  - 2 2) Einzelzimmer im Krankenhaus, ausser wenn es ärztlich verschrieben und von der Gesellschaft genehmigt ist,
  - 2 3) jede Behandlung, die nicht notwendig ist oder die sich nicht direkt auf die Diagnosen, die durch die Versicherung gedeckt sind, bezieht,
  - 2 4) aktive Teilnahme an einer Motorsportshow, einem Rennen oder einer Konkurrenz,
  - 2 5) eine Krankheit oder Verletzung, die durch die Teilnahme an einer strafbaren Handlung verursacht wurden,
  - 2 6) Such- und Rettungsdienste,
  - 2 7) Expeditionen, Bergsteigen und Trekking in der Antarktis, am Nordpol und auf Grönland.
- 20.2: Kosten, die während Reisen entstehen, über die die Gesellschaft nicht vor der Abreise der Versicherten informiert worden ist, werden nicht durch die Versicherung gedeckt.

## **Art. 21 Vorgangsweise bei der Anzeige von Leistungsansprüchen**

21.1: Jeder Anspruch auf Rückerstattung ist bei der Gesellschaft durch Zustellung eines vollständig ausgefüllten Anspruchsanmeldungsformulars zusammen mit den quittierten und spezifizierter Kostenaufstellung und/oder weiterer relevanter Dokumentation wie medizinischen Informationen und Flugtickets/Reisedokumenten anzufragen. Der Anspruch muss durch die Gesellschaft genehmigt werden.

Verlangen Sie eine Rückerstattung für Verspätetes Gepäck (Art. 14), so muss der Gesellschaft der originale "Property Irregularity Report" vorgelegt werden, um die Bewertung dieses Leistungsanspruchs vornehmen zu können.

Die Gesellschaft scannt eingereichte Rechnungen beim Erhalt. Es ist nicht möglich, eingereichte Rechnungen zurück zu verlangen.

Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, jederzeit vom Versicherungsnehmer die Vorlage der Originalrechnungen verlangen zu können.

21.2: Auf keinen Fall wird die Kostenrückerstattung, den auf der Rechnung des Leistungsbringers aufgeführten Gesamtbetrag übersteigen. Sollte der Versicherte durch die Gesellschaft eine höhere Kostenrückerstattung erhalten haben als ihr zusteht, so ist der Versicherte dazu verpflichtet, den übersteigenden Betrag umgehend zurück-zuerstatten. Eventuelle spätere Zahlungen der Gesellschaft werden zuerst mit ausstehenden Leistungsansprüchen verrechnet.

21.3: Kostenrückerstattungen sind auf ortsübliche, branchenübliche und angemessene Kostensätze in dem Land beschränkt, in welchem die Behandlung erfolgt.

21.4: Die Gesellschaft ist umgehend von Krankenhausaufenthalten, Todesfall, Krankenrücktransport, medizinische Evakuierung oder Begleitung in Kenntnis zu setzen, wobei diese Benachrichtigung unbedingt die ärztliche Diagnose enthalten muss. Alle solche Benachrichtigungen müssen per Telefon oder E-Mail an unseren 24-Stunden Notdienst gerichtet werden; die Gesellschaft übernimmt die Kosten, die mit der Benachrichtigung verbundenen sind. Alle solche Benachrichtigungen müssen per Telefon oder E-Mail an unseren 24-Stunden Notdienst gerichtet werden; die Gesellschaft übernimmt die Kosten, die mit der Benachrichtigung verbundenen sind.

21.5: Leistungsansprüche müssen der Gesellschaft umgehend mitgeteilt werden, nach dem dem Versicherten die dem Anspruch zu Grunde liegenden Umstände bekannt geworden sind.

## **Art. 22**

### **Deckung durch Dritte**

22.1: Falls Deckung einer zweiten Versicherungspolice oder Krankenkasse besteht, soll dies der Gesellschaft in Verbindung mit Ersuchung einer Rückerstattung unterbreitet werden, und die Deckung durch die vorliegende Versicherung tritt an zweiter Stelle nach der anderen Versicherung oder Krankenversicherung.

22.2: Unter diesen Umständen wird die Gesellschaft Zahlungen mit anderen Gesellschaften koordinieren, und die Gesellschaft wird nicht für mehr als ihren verhältnismässigen Umfang haften.

22.3: Falls Rechnungen ganz oder teilweise von einer Ordnung, einem Plan oder ähnliches einer Institution gedeckt worden sind, haftet die Gesellschaft nicht für den gedeckten Betrag.

22.4: Der Versicherungsnehmer und versicherte Personen sind verpflichtet mit der Gesellschaft zusammen zu arbeiten und die Gesellschaft umgehend im Falle einer Rückerstattung oder Klagebefugnis durch Dritte zu benachrichtigen.

22.5: Weiterhin sollen der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen die Gesellschaft benachrichtigen und alle notwendigen Vorkehrungen treffen, falls sie in Verbindung mit einer Rückerstattung Anspruch gegen eine andere Partei stellen, und die Interessen der Gesellschaft wahrnehmen.

22.6: Auf jeden Fall soll die Gesellschaft den vollen Anspruch auf Regress haben.

## **Art. 23**

### **Prämienzahlung**

23.1: Die Prämie, einschliesslich der Erneuerungsprämie wird durch die Gesellschaft festgelegt und ist im voraus für die gesamte Versicherungsdauer zu bezahlen.

23.2: Der Versicherungsnehmer ist verantwortlich für die pünktliche Zahlung der Prämie an die Gesellschaft.

23.3: Sollte die Versicherung nicht zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns bezahlt worden sein, tritt diese nicht in Kraft. Für die Gesellschaft entsteht keinerlei Verpflichtung.

23.4: Eine Prämienrückerstattung ist nur dann möglich, wenn ein entsprechendes schriftliches Begehren vor dem Datum des Versicherungsbeginns bei der Gesellschaft eingegangen ist. Nach dem Datum des Versicherungsbeginns gilt eine Prämie als vollumfänglich der Versicherung zugefallen und nicht erstattbar.

Unbenutzte Reisetage können aber von einer Versicherungsperiode auf die folgende Versicherungsperiode überwiesen werden. Dies gilt nur für die unbenutzte Reisetage, die in der letzten Versicherungsperiode gekauft sind. Die Reisetage, die schon einmal überwiesen worden sind, können nicht wieder überwiesen werden. Die ersten 200 Reisetage, die in jeder Versicherungsperiode gekauft worden sind, können nie überwiesen werden.

## **Art. 24**

### **Anzeigepflicht**

24.1: Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte sind verpflichtet, die Gesellschaft über jeden Reise- oder Krankenversicherungsschutz oder sonstigen ähnlichen Versicherungsschutz bei einer anderen Gesellschaft, einschliesslich einer konsolidierten Gesellschaft in Kenntnis zu setzen.

24.2: Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte sind zudem dazu verpflichtet, der Gesellschaft über alle verfügbaren Auskünfte zu informieren und der Gesellschaft alle verfügbaren Auskünfte zu erteilen, welche die Gesellschaft für die Bearbeitung der Leistungsansprüche des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten gegenüber der Gesellschaft benötigt, einschliesslich auf Verlangen der Gesellschaft die Vorlage der Originalrechnungen.

24.3: Zudem ist die Gesellschaft berechtigt, Auskünfte über den Gesundheitszustand des Versicherten zu verlangen und sich diesbezüglich mit Krankenhäusern, Ärzten etc., welche gegenwärtig oder in der Vergangenheit den Versicherten für körperliche oder geistige Krankheiten oder Gebrechen behandeln oder behandelt haben, in Verbindung zu setzen. Weiterhin ist die Gesellschaft berechtigt, Einblick in die Krankengeschichte oder in schriftliche Berichte betreffend des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verlangen.

## **Art. 25**

### **Abtretung, Kündigung und Ablauf**

25.1: Ohne das vorherige schriftliche Einverständnis der Gesellschaft ist keine Partei dazu berechtigt, ihre gemäss der Versicherung bestehenden Rechte zu verpfänden oder zu übertragen.

25.2: Die Versicherung kann bei Ablauf des Versicherungsjahres durch den Versicherungsnehmer oder die Gesellschaft unter Einhaltung einer Frist von einem Monat durch ein schriftliches Begehren gekündigt werden.

Die Versicherung wird sonst bei Ablauf des Versicherungsjahres automatisch erneuert.

Die Versicherung kann in Verbindung mit einer Rückerstattung durch den Versicherungsnehmer oder die Gesellschaft unter Einhaltung einer Frist von

einem Monat durch ein schriftliches Begehren aber innerhalb von 14 Tagen nach der Rückerstattung gekündigt werden.

25.3: Die Haftung der Gesellschaft in Verbindung mit der Versicherung, einschliesslich diejenige für Rückerstattungen medizinischer Kosten einer laufenden Behandlung, Folgeschäden oder Spätwirkungen einer Verletzung oder Krankheit, die während der Versicherungsdauer erlitten oder behandelt wurden, endet automatisch bei Ablauf, Rücktritt von oder Kündigung der Versicherung.

Entsprechend endet bei Ablauf, Rücktritt von oder Kündigung der Versicherung das Recht des Versicherten auf Beantragung einer Rückerstattung, Anträge auf Rückerstattungen medizinischer Kosten, die während der Versicherungsdauer entstanden sind, müssen spätestens sechs Monate nach Ablauf, Rücktritt von oder Kündigung der Versicherung eingereicht werden, um rückerstattet werden zu können.

25.4: Die Versicherungsdauer kann bis zu 48 Stunden ohne zusätzliche Beitragszahlung verlängert werden, wenn die Rückkehr des Versicherten sich verzögert, ohne dass diese für die Verzögerung verantwortlich ist.

25.5: Falls der Versicherungsnehmer oder der Versicherte beim Abschluss der Versicherungspolice oder zu einem späteren Zeitpunkt auf betrügerischer Weise falsche Angaben gemacht oder Tatsachen verschwiegen hat, welche für die Gesellschaft als wichtig erachtet werden können, wird der Versicherungsvertrag annulliert, womit er für die Gesellschaft nicht mehr bindend ist.

25.6: Falls der Versicherte die Anstellungsperiode bei dem Versicherungsnehmer beendet, erlischt die Versicherungsdeckung für ihn sofort.

25.7: Die Gesellschaft kann ein Versicherungsprodukt beenden oder einstellen unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten vor dem Ende des Versicherungsjahres.

#### **Art. 26**

##### **Streitigkeiten, Gerichtsstand, etc.**

26.1: Eventuelle Streitigkeiten resultierend aus oder in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag werden nach dänischem Recht entschieden. Der Gerichtsstand ist Kopenhagen. Die Gesellschaft untersteht dem Ankenævnet for Forsikring, Anker Heegaards Gade 2, 1572 Kopenhagen V, Dänemark (Der Beschwerdeausschuss für Versicherung).

# Glossar

Gültig ab 1. Januar 2011



Dieses Glossar mit Definitionen ist ein Teil der Versicherungsbedingungen.

Irrtum und Auslassung vorbehalten

## A

### **Akute ernsthafte Erkrankung**

Die Existenz einer akuten ernsthafte Erkrankung wird nach Beurteilung und Akzeptanz von sowohl dem behandelnden Arzt des Versicherten als auch vom Vertrauensarzt der Gesellschaft bestimmt.

### **Allgemeine Versicherungsbedingungen**

Die Bedingungen der abgeschlossenen Versicherung.

### **Ambulante Behandlung**

Chirurgische Eingriffe/Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Klinik, wenn ein Bett nicht medizinisch erforderlich ist.

## B

### **Bereits bestehende Krankheiten**

Die Krankengeschichte und die auf dem Medizinischen Fragebogen aufgeführten Erkrankungen und Gebrechen, die auf die Entscheidung der Gesellschaft Einfluss haben, inwiefern man versichert werden kann oder nicht und zu welchen Bedingungen.

## D

### **Datum des Inkrafttretens**

Das in der Versicherungspolice aufgeführte Datum des Inkrafttretens, wenn nicht anders in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegeben ist.

## E

### **Einfacher Diebstahl**

Ein Diebstahl, der zum Zeitpunkt der Tat nicht bemerkt wird.

## G

### **Gepäck**

Koffer, Kleidungsstücke, Toilettengegenstände, Bücher, Fotoausrüstung, Mobiltelefone und Laptop-Computer.

### **Gesellschaft, die**

Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (Bupa Denmark, Zweigniederlassung der Bupa Insurance Limited, England)

## I

### **ihl Bupa (einschl. wir/uns/unser)**

Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (Bupa Denmark, Zweigniederlassung der Bupa Insurance Limited, England).

## K

### **Krankenhausaufenthalt**

Chirurgische Eingriffe oder medizinische Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Klinik, wenn ein Bett über Nacht medizinisch erforderlich ist.

## N

### **Naher Familienangehöriger**

Ein naher Familienangehöriger ist ein Gatte/eine Gattin oder ein Partner, der/die an der gleichen Adresse wie der Versicherte gemeldet sind, ein Kind, ein Schwiegersohn/eine Schwiegertochter, ein Großelternanteil, ein Elternanteil, ein Schwiegerelternanteil oder ein Bruder/eine Schwester.

## **Nicht anerkannter Arzt/nicht anerkannte Einrichtung**

- Behandlung durch einen Arzt, der von den verantwortlichen Behörden in dem Land, wo die Behandlung durchgeführt wurde, nicht als Spezialist oder Facharzt für die Behandlung dieser Erkrankung, Krankheit oder Verletzung anerkannt ist;
- Behandlung in einem Krankenhaus oder durch einen Arzt oder einen anderen Dienstleister, dem schriftlich mitgeteilt wurde, dass er für unser Versicherungsangebot nicht länger anerkannt ist;
- Behandlung durch jedwede Person, die den gleichen Wohnsitz hat wie der Versicherte oder zu dem Versicherten engen Familienangehörigen gehört oder einem Unternehmen im Besitz einer der oben genannten Personen angeschlossen ist.

## R

### **Regress**

Das Recht des Versicherers, einen Anspruch des Versicherten gegenüber einem Dritten zu erheben und das Recht des Versicherers, eine Rückzahlung vom Versicherten zu erfordern, wenn der Versicherer eine Entschädigung geleistet hat, die der Versicherte von einem Dritten erhalten hat.

## S

### **Schaden**

Ein finanzieller Anspruch, der ganz oder teilweise von der Gesellschaft rückerstattet wird. Bei Bearbeitung des Schadens ist der Zeitpunkt der Behandlung entscheidend und nicht der Zeitpunkt der Entstehung der Verletzung/Erkrankung.

### **Schwere Verletzung**

Als schwer gilt eine Verletzung nur nach Untersuchung und übereinstimmender Beurteilung durch den behandelnden Arzt und durch den Vertrauensarzt die Gesellschaft.

## V

### **Versicherte**

Der Versicherungsnehmer und oder die Angehörigen, die auf der gültigen Versicherungspolice aufgeführt sind.

### **Versicherung**

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Versicherungspolice sind Bestandteil des Versicherungsvertrages, der mit der Gesellschaft abgeschlossen wurde, und der die Bedingungen für die zu bezahlende Prämie, die Selbstbeteiligung und die Leistungsgrenzen festlegt.

### **Versicherungspolice**

Detaillierte Angaben über Art der Versicherung, Selbstbeteiligung und andere besondere Bedingungen.

## W

### **Wertpapiere**

Eintrittskarten für Museen, Fußballspiele, Theater- und Opernvorfürungen usw.

### **Wohnsitzland**

Der Wohnsitz, wo der/die Versicherte seinen/ihren ständigen Wohnsitz oder Hauptwohnsitz hat, und an den der/die Versicherte bei Abwesenheit beabsichtigt zurückzukehren.



## Rufen Sie ihi Bupas Medical Centre an

Wir sind rund um die Uhr für Notfälle und medizinische Hilfe für Sie da

Tel.: +45 70 23 24 61 • Fax: +45 33 32 25 60 • E-Mail: emergency@ihi-bupa.com

## Rufen Sie die Abteilung für Unternehmensreisen von ihi Bupa an

Wenn Sie Fragen zu Ihrer Police, Zahlungen, Deckung u.a.m. haben:

Wochentags von 9 Uhr bis 17 Uhr (MEZ) geöffnet

Tel.: +45 70 23 84 48 • Telefax: +45 33 32 25 60 • E-Mail: travel@ihi-bupa.com

Palægade 8 • DK-1261 Kopenhagen K • Dänemark

Anrufe werden aufgezeichnet und können erfasst werden

[www.ihicom](http://www.ihicom)



ihi Bupa ist der Firmenname der Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (Bupa Denmark, Zweigniederlassung der Bupa Insurance Limited, England) CVR 31602742  
Bupa Insurance Limited ist in England unter der Nummer 3956433 eingetragen.

The British United Provident Association Limited, eingetragen in England und Wales unter der Nummer 432511  
Eingetragene Geschäftsstelle: Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, London WC1A 2BA  
Bupa und das Symbol des schlagenden Herzen sind eingetragene Warenzeichen © Bupa 2008. Alle Rechte vorbehalten

