



MyTempo Cover

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Ref: MtcCov2025 (Aktualisierung: Dezember 2024)

MyStudies Cover

MyTravel Cover



Wenn Sie Fragen zu Ihrem Vertrag haben, stehen wir Ihnen gerne von Montag bis Freitag von 08:30 bis 18:00 Uhr zur Verfügung, um Sie zu beraten und Ihnen das Leben leichter zu machen:

 **Zone Asien-Pazifik**

APRIL International Care – Bangkok
Tel: +66 (0) 2022 9180
E-Mail: info.expats@april-international.com

 **Zone Afrika, Europa und
Mittlerer Osten**

APRIL International GmbH
Tel: +49 (0) 221 29 29 482-0
E-Mail: kundenbetreuung@april.com

 **Zone Amerika**

APRIL International Care – Mexico
Tel: +52 (55) 52 80 13 37
E-Mail: info.expats@april-international.com

APRIL International Care – Paris
Tel: +33 (0) 1 73 02 93 93
E-Mail: info.expats@april-international.com



Unsere Berater sind ebenfalls erreichbar über:  Facebook Messenger

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 ist für diesen Vertrag berechtigt?	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 neuer Vertragsabschluss.....	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 Gepäck 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 sich weltweit vorübergehend im Ausland aufhält.

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. Gemeinsamen Definitionen für alle Versicherungen:

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 ausgeschlossenen Länder.

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

AUSSCHLÜSSE: Alles, was nicht durch den Versicherungsvertrag abgedeckt ist. Alle Verträge enthalten *Leistungsausschlüsse*.

AUSSCHLUSSLÄNDER: Aufgrund von Ereignissen, die in diesen Ländern stattfinden könnten, oder aus regulatorischen Gründen wird kein Versicherungsschutz für bestimmte Länder oder Landesteile gewährt. Die vollständige Liste der *Ausschlussländer* ist auf unserer Webseite unter diesem [Link](#) verfügbar oder ist auf Anfrage unter +49 (0)221 29 29 482-0 oder per E-Mail an kundenbetreuung@april.com erhältlich.

Diese Liste der *Ausschlussländer* kann im Laufe der Zeit angepasst werden.

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

DATUM DES INKRAFTTRETENS: Datum, an dem der Vertrag in Kraft tritt und das auf der *Versicherungsbescheinigung* vermerkt ist.

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

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

HAUPTVERSICHERTER, "SIE": Natürliche Person, dessen Versicherungsaufnahme genehmigt wurde und die für die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen berechtigt ist, deren Kontaktdaten 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*, die mit dem *Hauptversicherten* eine eingetragene 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 FACHKRAFT: 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.

UNTERHALTSBERECHTIGTES KIND: Ihr Kind bzw. das Kind Ihres *Lebenspartners*, welches ledig und bis 21 Jahre steuerlich *unterhaltsberechtig* 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 *unterhaltsberechtigten 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, in dem Sie sich im Ausland aufhalten (werden) und das sich von dem Land Ihrer Staatsangehörigkeit oder Ihrem Herkunftsland unterscheidet.

1.1 Spezifische Definitionen für die Krankenversicherung:

AMBULANTE CHIRURGIE: Chirurgische Eingriffe, die nicht stationär bzw. ohne *Krankenhouseinweisung* 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).

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.

DIREKTABRECHNUNG DER STATIONÄREN HEILBEHANDLUNGSKOSTEN: Sie können die *direkte Übernahme Ihrer stationären Heilbehandlungskosten* (*stationäre Heilbehandlung* von mehr als 24 Stunden oder *stationäre Tagesheilbehandlung*) beanspruchen, 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 oder, indem Sie Ihre Versichertenkarte vorzeigen, in Anspruch nehmen. Diese Serviceleistung ist für *Versicherte* in Ergänzung der frz. Sozialversicherung nicht verfügbar.

DRITZZAHLER-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 und während eines Aufenthaltes außerhalb der für den Vertrag geltenden Versicherungszone. 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 Plazentaretenion.

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 Krankenrücktransportes im Sinne einer Repatriierung ab.

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

MEDIZINISCHE AUSRÜSTUNG 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 ODER CHIRURGISCHE STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG: Aufenthalt in einer (öffentlichen oder privaten) *Krankenhouseinrichtung* 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 Fachkraft* festgestellt wird und das zwingende Eingreifen eines Arztes innerhalb von 48 Stunden erfordert.

MEDIZINISCHES LEIDEN: Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes oder *Krankheit*.

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 Fachkraft* 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 Diagnostik 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* oder *teilstationären Heilbehandlung* oder als Ersatz zu einer *stationären Heilbehandlung*, die durch den Vertrag abgedeckt wäre, wobei die Leistungen in einem *Krankenhaus*, in einem *Rekonvaleszenz-Zentrum* 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*.

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.

TEILSTATIONÄRE HEILBEHANDLUNG (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.

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 50 % 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.

(*) Definition der pathologischen *Schwangerschaft*: *Schwangerschaft*, die die Gesundheit von Mutter und/oder Kind direkt bedroht, wobei ein geburtshilfliches oder fötales Risiko im Verlauf der *Schwangerschaft* erkannt wird, und eine spezifische Behandlung erfordert.

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 eine ärztliche Verschreibung zukommen lassen. Im Fall einer *stationären Heilbehandlung* lassen Sie bitte das Formular „*Vertrauliche medizinische Bescheinigung*“ von Ihrem Arzt ausfüllen. Ein Selbstbehalt von 50% wird von Ihrer Erstattung einbehalten, wenn diese Formalität nicht eingehalten wird.

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 Parendotopathie

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*.

1.2 Spezifische Definitionen für die Assistance-Versicherung:

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.

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

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

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 von Europ Assistance bestimmt wird.

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.

1.3 Spezifische Definitionen für die Privathaftpflichtversicherung:

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

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.

PERSONENSCHÄDEN: Schädigung der physischen Integrität von Personen.

1.4 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: Kunstgegenstände 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.

1.5 Spezifische Definitionen für die Unfallversicherung:

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

ENTSCHÄDIGUNG: Summe, die *Ihnen* ausgezahlt 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 Vertrags

2.1 Welche Leistungen sind in dem Vertrag enthalten?

Der Vertrag bietet für beide möglichen Angebote 2 Leistungsstarife « 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 *Unfalls*, *zahnärztliche Notfallbehandlung* oder infolge eines *Unfalls* und *Sehhilfen* infolge eines *Unfalls*

• Assistance-Versicherung, Privat-, Praktikums- und Mieterhaftpflichtversicherung, 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 Mieterhaftpflichtversicherung, Versicherung des Gepäcks und der persönlichen *Gegenstände*, *Unfallversicherung*.

2.2 Wo sind Sie versichert?

Der Versicherungsschutz gilt in dem auf Ihrer *Versicherungsbescheinigung* angegebenen *Zielland*.

Der Versicherungsschutz gilt auch in der ausgewählten Versicherungszone.

3 Versicherungszonen werden angeboten:

Zone 1: weltweit.

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

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

Außerhalb der Versicherungszone 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 Versicherungszone befindet.

Wenn das *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* sich nicht in der ausgewählten Versicherungszone 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](#) oder auf einfache Anfrage unter +49 (0)221 29 29 482-0 oder per E-Mail an kundenbetreuung@april.com verfügbar. Diese Liste der *Ausschlussländer* kann sich im Laufe der Zeit ändern.

3. Wer ist für diesen Vertrag berechtigt WER KANN EINEN VERTRAG ABSCHLIESSEN?

Um für einen einmaligen oder mehrmaligen Vertragsabschluss berechtigt zu sein:

- müssen Sie zum Zeitpunkt des *Inkrafttretens* des Vertrages jünger als 80 Jahre alt sein,
- muss der *Hauptversicherte* zum Zeitpunkt des *Inkrafttretens* des Vertrages älter als 10 Jahre sein,
- muss der *Hauptversicherte* sich im Rahmen einer Reise, eines Working Holiday-Programms, eines Sprachaufenthalts, eines Au-pair-Aufenthalts, eines Praktikums oder eines Studiums außerhalb des *Landes seiner Staatsangehörigkeit* aufhalten,
- müssen Sie die im Vertrag vorgesehenen Formalitäten erfüllt haben und insbesondere den 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 des Angebots 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.ameli.fr/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 *unterhaltsberechtigten 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 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, Laufzeit und Widerruf des Vertrags DAUER

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 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.

Ihr Wirksamkeitsdatum ist auf der Versicherungsbestätigung angegeben, die Ihnen über einen sicheren Zugang in Ihrem Versichertenportal und auf Ihrer Easy Claim App zur Verfügung gestellt wird.

4.2 Für Ihren Vertrag geltende Wartezeiten:

Die Versicherungsleistungen treten für jeden Versicherten am Tag des Inkrafttretens des Vertrages in Kraft, vorbehaltlich der Anwendung der folgenden Wartezeiten für die Krankenversicherung:

- **10 Monate für die Gesundheitskosten bei Schwangerschaft.**
In jedem Fall sind die Versicherungsleistungen für Schwangerschaft nur abgedeckt für:
 - **Versicherte über MyStudies Cover mit Zielland Vereinigte Staaten (USA).**
 - **Versicherte über MyTravel Cover, die sich anlässlich einer Teilnahme an einem Work & Travel Programm im Ausland aufhalten, außer für das Zielland Kanada.****Diese Wartezeit gilt nicht im Rahmen einer Vertragsverlängerung.**
- **15 Tage, wenn Sie sich zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits im Ausland befinden. Diese Wartezeit gilt nicht im Rahmen einer Verlängerung Ihres Vertrags oder im Falle eines Unfalls.**

Die Wartezeiten gelten ab dem Datum des Inkrafttretens, das aus Ihrer Versicherungsbescheinigung hervor geht. Alle Ausgaben für medizinische Behandlungen oder ärztliche Verfahren, die vor dem Datum des Inkrafttretens des Vertrages oder während der Wartezeiten verordnet wurden, sind endgültig aus dem Versicherungsvertrag ausgeschlossen und begründen keinen Leistungsanspruch.

4.3 Versicherungslaufzeit und Erneuerung Ihres Vertrages:

Bitte beachten Sie, dass MyTravel Cover und MyStudies Cover Versicherungslösungen für vorübergehende Auslandsaufenthalte sind.

Wenn Sie den Versicherungsvertrag zum ersten Mal abschließen, wird der Versicherungsschutz für eine maximale Dauer von 12 Monaten gewährt (verlängert auf 18 oder 24 Monate für Versicherte in Kanada, Kolumbien und Australien mit speziellen Visa, die einen Versicherungsschutz über 12 Monate hinaus erfordern).

Sie können diesen Vertrag im Anschluss oder zu einem späteren Zeitpunkt erneut abschließen, vorausgesetzt, dass die maximale Gesamtversicherungsdauer 24 Monate (12 Monate in den Vereinigten Staaten) nicht überschreitet, unabhängig von der Anzahl der abgeschlossenen Verträge (MyStudies Cover und MyTravel Cover).

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 Hauptfälligkeit (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, die CAFAT oder die französische Sozialversicherung (oder ein gleichwertiges französisches System) versichert sind, sofern Sie einen Vertrag in Ergänzung der CFE, der CAFAT 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.

Sanktionen bei Falscherklärungen

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.112-9-1 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 29 auszufüllen oder APRIL International Care France einen nach folgendem Muster verfassten Brief zuzusenden:

„Ich, der/die Unterzeichner/in, Herr/Frau (Name, Vorname, Anschrift) 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.

4.6 Wie wird die Höhe Ihrer Beiträge bestimmt?

Der *Beitrag* wird durch das ausgewählte Angebot, den ausgewählten Tarif, die Versicherungsart, die Versicherungszone, 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* beigefügt 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.

5.1 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.

5.2 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*.

5.3 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. Änderung Ihres Vertrags

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, den 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? VERTRAG VERSICHERT UND WIE KÖNNEN SIE LEISTUNGENNEHMEN?

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 Heilbehandlungskosten werden im Rahmen der tatsächlichen Kosten und der Kosten, die in dem Land / an dem Ort, in/an dem sie angefallen sind, als angemessen und üblich gelten, übernommen.

Wir stellen Ihnen ein Netzwerk von medizinischen Einrichtungen zur Verfügung, die angemessene und übliche Kosten berechnen. Wenn Sie sich in einer medizinischen Einrichtung oder von einem Arzt behandeln lassen, der nicht Mitglied des APRIL International-Netzwerks ist und somit nicht durch APRIL International empfohlen wird, müssen Sie eine Selbstbeteiligung in Höhe von 20 % des Erstattungsbetrages zahlen, wenn die Kosten Ihrer Behandlung die ortsüblichen Normen übersteigen (außer bei lebensbedrohlichen Notfällen).

Informationen über das medizinische Netzwerk von APRIL International finden Sie:

- **in Ihrem Versicherungsleitfaden und in der Easy Claim App**
- **bei unseren Teams: Sie stehen Ihnen zur Verfügung, um Sie bei allen gesundheitlichen Fragen zu unterstützen**

7.1.1 Art und Höhe der Erstattungen

Alle medizinischen und chirurgischen Behandlungen, die von einer qualifizierten *medizinischen Fachkraft* verordnet oder durchgeführt wurden, werden bis zu den in der Leistungsübersicht und in der *Versicherungsbescheinigung* angegebenen Höchstdeckungssummen erstattet. Behandlungen, 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 und/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 Behandlungsart und dem Behandlungsumfang angesehen werden, die am besten geeignet sind
- 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 einer 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 Leistungsübersicht 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 in Euro in Rechnung gestellt werden, wird der am Tag des Eintritts des *Schadensfalls* 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 *Unfalls* oder eines *medizinischen Notfalls*

Versicherungsschutz bis zu 750 € für *ambulante Heilbehandlung* nur im Falle eines *Unfalls* oder eines *medizinischen Notfalls*

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 *Unfalls* oder eines *medizinischen Notfalls*

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 Vertrags 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>Unfalls</i> oder <i>medizinischen Notfalls</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 style="text-align: center;"><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, Malariabehandlung und Behandlungen, die während einer <i>stationären Heilbehandlung</i> zur häuslichen Anwendung verschrieben werden, auch bei chronischen Krankheiten)		
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
ZAHNMEDIZIN, MEDIZINISCHE APPARATUREN, SEHHILFEN INFOLGE EINES UNFALLS		
Gültig für nicht-unfallbedingte Notfälle (Gesundheitszustand, der eine schnelle Behandlung erfordert, in der Regel innerhalb von 48 Stunden)		
Nicht <i>unfallbedingte zahnärztliche Notfallbehandlung</i>	100% der <i>tatsächlichen Kosten</i> Bis zu 400 € pro Jahr	
Gültig im Falle eines unfallbedingten Notfalls (Gesundheitszustand infolge eines Unfalls*, der auf eine äußere Ursache zurückzuführen ist und eine schnelle Behandlung erfordert, in der Regel innerhalb von 48 Stunden)		
<i>Zahnärztliche Notfallbehandlung</i> <i>Zahnprothesen</i> › Inlay Kern, Inlay-Onlay Nicht kombinierbar mit einer nicht <i>unfallbedingten zahnärztlichen Notfallbehandlung</i>	<p style="text-align: center;">100% der <i>tatsächlichen Kosten</i> Bis zu 800 € pro Jahr</p> <p style="text-align: center;"><i>Vorherige Kostenzusage</i> notwendig</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinische Geräte und Vorrichtungen ▪ medizinische oder orthopädische Prothesen ▪ Audioprothesen ▪ <i>Sehhilfen</i>: Gläser, Brillenfassung und Kontaktlinsen 	<p style="text-align: center;">100% der <i>tatsächlichen Kosten</i> Bis zu 300 € pro Jahr</p> <p style="text-align: center;"><i>Vorherige Kostenzusage</i> notwendig</p>	

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 Versicherungszone 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 Work & Travel Programms 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
SCHWANGERSCHAFT – Wartezeit von 10 Monaten		
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.

7.12 Was ist bei einer *stationären Heilbehandlung* zu tun?

Jede stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus (inkl. Schwangerschaftsleistungen) unterliegt einer vorherigen Kostenzusage.

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

Bei einer notfallbedingten Krankenhauseinweisung kontaktieren Sie uns bitte so schnell wie möglich, damit wir Ihnen dieses Formular zusenden können. Dieses Formular, aus dem der Grund für Ihrer stationären Heilbehandlung, der Zeitraum des Krankenhausaufenthalts und die Art der Erkrankung sowie der Zeitpunkt des Auftretens der ersten Symptome bzw. die Umstände des Unfalls hervorgehen (wobei bei einem Unfall der Unfallbericht als Nachweis beizufügen ist), muss mit allen anderen medizinischen Unterlagen, die zur Beurteilung Ihres Falls sachdienlich sind, an unseren Vertrauensarzt gesandt werden:

Wenn die Formalität der vorherigen Kostenzusage nicht eingehalten wurde, die Krankenhauseinweisung bzw. die stationäre Heilbehandlung sich aber dennoch als medizinisch notwendig erwiesen hat, wird eine Selbstbeteiligung in Höhe von 50 % von der Erstattung Ihrer Rechnung einbehalten (außer bei Unfällen oder medizinischen Notfällen).

Bestimmungen über die Direktabrechnung der stationären Heilbehandlungskosten für versicherte Personen mit einer Krankenvollversicherung oder in Ergänzung der CFE:

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 Orts, 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 in Höhe von 2.000 € oder mehr bedürfen der vorherigen Kostenzusage unseres Vertrauensarztes (gültig für 6 Monate). Bevor Sie diese Ausgaben tätigen, müssen Sie spätestens 5 Tage vor Beginn der Behandlung einen detaillierten Kostenvoranschlag und eine ärztliche Verschreibung zusenden.

Bei einer Schwangerschaft übermitteln Sie uns bitte einen Nachweis über diese Schwangerschaft.

Wenn diese Formalität der vorherigen Kostenzusage nicht eingehalten wird, wird ein Selbstbehalt in Höhe von 50 % von der Erstattung Ihrer Rechnung einbehalten (außer bei Unfällen oder medizinischen Notfällen).

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 vom Namen, Vornamen 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 die 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 *Unfalls* der *Unfallbericht*;
- Der Nachweis des *Unfalls* oder der *plötzlichen Erkrankung* für eine Behandlung, die außerhalb der geltenden Versicherungszone durchgeführt wurde;
- Der Nachweis des *Unfalls* oder der *plötzlichen Erkrankung* für zahnärztliche, orthopädische und optische Behandlungen;
- Der Nachweis des *Unfalls* oder der *plötzlichen Erkrankung* und das vom verschreibenden Arzt ausgefüllte und unterzeichnete spezielle *Erstattungsformular*, wenn der Tarif EMERGENCY ausgewählt wurde.
- Der Nachweis des vorübergehenden Aufenthalts 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 in Euro in Rechnung gestellt werden, wird der zum Zeitpunkt der Entstehung des *Schadensfalls* 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 der Erstattungsabrechnung mit.

SONDERFÄLLE FÜR DIE BEHANDLUNG IN DEN VEREINIGTEN STAATEN (USA). WIR STELLEN IHNEN EIN MEDIZINISCHES NETZWERK ZUR VERFÜGUNG, IN DEM SIE EINE DIREKTZABRECHNUNG BEANSPRUCHEN KÖNNEN.

Dieses Netzwerk umfasst 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 Vertrags.

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 Easy Claim App.

7.2 Assistance-versicherung:

Wie können Sie die Assistance-Versicherung in Anspruch nehmen?

Um die nachfolgend genannten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie unbedingt die **vorherige Kostenzusage von Europ Assistance** einholen.

- per Telefon unter +33 (0)1 41 61 23 25,

Europ Assistance greift erst dann medizinisch ein, wenn die Organisation der ersten Hilfe von einer zuständigen medizinischen Fachkraft 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

Die Organisation einer der unten aufgeführten Hilfeleistungen durch Sie selbst oder Ihre Angehörigen kann nur dann zu einer Erstattung führen, wenn Europ Assistance 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 Europ Assistance hätte aufwenden müssen, wenn es die Leistung selbst organisiert hätte.

Der Versicherer haftet nicht für Verzögerungen oder Verhinderungen 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 von Europ Assistance 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 von Europ Assistance Ihren Rücktransport empfiehlt, organisiert und übernimmt Europ Assistance 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 Europ Assistance 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.

Europ Assistance 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 Europ Assistance 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 von Europ Assistance organisierten Transport werden bis zu einem Höchstbetrag von 2.000 € 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 Europ Assistance.

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 Europ Assistance 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 Europ Assistance die Übersetzung der genannten Dokumente in Ihre Muttersprache. Die Kostenübernahme durch Europ Assistance darf 500 € pro Versicherungsjahr nicht überschreiten. Europ Assistance 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 Europ Assistance 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. Europ Assistance 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

Europ Assistance 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 Europ Assistance in Verbindung setzen, um seine vorherige Zustimmung zu erhalten. Andernfalls behält sich Europ Assistance 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 Europ Assistance Ihren Transport sowie den Transport eventueller minderjähriger Kinder, die vor Ort nicht betreut werden können, bis zum *beschädigten Wohnsitz*. Europ Assistance 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 Rückkehr im Fall von Terroranschlägen, politischen Unruhen oder Naturkatastrophen

Wenn Ihnen 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) empfohlen wird, Ihren Aufenthaltsort zu verlassen, können Sie die Leistung der vorzeitigen Rückreise in Anspruch nehmen. Hierzu übermitteln Sie bitte dem Versicherer nach Ihrer Rückkehr in das Land Ihrer Staatsangehörigkeit alle Belege, die es Ihnen ermöglichen, die Transportkosten bis zum Preis eines Flugtickets (Economy Class) oder eines Zugtickets (1. Klasse) bis zu einem Höchstbetrag von 1.500 €/US\$ erstattet zu bekommen. Diese Leistung ist nur außerhalb des Landes Ihrer Staatsangehörigkeit erhältlich und kann nicht in den Ausschlussländern in Anspruch genommen werden.

7.2.9 Rücktransport der versicherten Familienmitglieder

Im Falle eines Krankenrücktransportes oder der Überführung des Leichnams des Versicherten organisiert Europ Assistance den Rücktransport bis zum Wohnsitz der versicherten Familienmitglieder, die sich mit dem Versicherten im Ausland aufhalten. Europ Assistance 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 Europ Assistance nach Zustimmung seines Ärzteteams Ihre Rückkehr in Ihr Zielland, um die unterbrochene Entsendung/den unterbrochenen Aufenthalt wieder aufzunehmen. Europ Assistance 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 Europ Assistance 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 Europ Assistance lediglich als Vermittler für die Übermittlung fungiert. Europ Assistance 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 Europ Assistance 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 Europ Assistance dem vorher zugestimmt hat. Alle ohne die vorherige Zustimmung von Europ Assistance 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 Europ Assistance alles, um Ihnen bei Ihren Schritten zu helfen.

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

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

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

7.3 Psychologische Betreuung

Europ Assistance stellt dem *Versicherten* eine psychologische Betreuung zur Verfügung. Der klinische Psychologe bietet Ihnen 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 von Europ Assistance vereinbart, der zurückruft, um die Maßnahme einzuleiten. Bei Bedarf kann der Anrufer direkt mit einem Psychologen verbunden werden, sofern einer der Psychologen des Teams von Europ Assistance 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. Das Team der klinischen Psychologen ist unter der Telefonnummer +33 (0)1 41 61 23 25 erreichbar, damit die versicherte Person, wenn nötig, mit befugten Personen sprechen kann. 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 Europ Assistance im Todesfall des Versicherten dem Lebenspartner und/oder den *unterhaltsberechtigten 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 Europ Assistance auf schriftlichen Antrag ein, wenn eine Klage gegen Sie eingereicht wird. Diese Leistung gilt nicht für Handlungen im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit.

Europ Assistance übernimmt die Kosten für einen Anwalt vor Ort bis zu einem Höchstbetrag von 3.000 € pro Ereignis.

7.4.2 Vorschuss für Strafaktion im Ausland

Im *Ausland* leistet Europ Assistance einen Vorschuss auf die Strafkaution, 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 Europ Assistance zurückzuzahlen:

- Nach Rückgabe der Kaution 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 Unfalldodes

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 vertreten, 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 Unfalls

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 *Gepäck*s 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 Entreiß Diebstahl 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 unterhaltsberechtigten 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 Anschlussflugs

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 *Auslandsaufenthalts*

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 von Europ Assistance 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 von Europ Assistance 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*.

Hinsichtlich der 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*, die alle Versicherungen betreffen:

Einhaltung von Wirtschafts- und Handelssanktionen:

Wenn die Versicherungsleistung oder die Zahlung der Entschädigung oder des Schadens im Rahmen dieses Vertrags gegen Resolutionen der Vereinten Nationen oder gegen Wirtschafts- und Handelssanktionen, -gesetze oder -vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, Frankreichs, einer nationalen Gesetzgebung oder der Vereinigten Staaten von Amerika verstößt, ist eine solche Versicherungsleistung oder Zahlung der Entschädigung oder des Schadens null und nichtig.

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 auf französischem Staatsgebiet;**
- **Die freiwillige Teilnahme des *Versicherten* an Schlägereien, Volksbewegungen oder Terroranschlägen, unabhängig davon, wo sich die Ereignisse abspielen und wer die Protagonisten sind (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.**

- Die freiwillige Teilnahme der versicherten Person an Schlägereien, Volksbewegungen, Terroranschlägen, Aufständen und Attentaten, unabhängig davon, wo die Ereignisse stattfinden und wer die Beteiligten sind (außer im Fall von Selbstverteidigung);

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".

8.2 *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 Fachkraft* verordnet wurden;
- Medizinische oder chirurgische Behandlungen durch *medizinische Hilfskräfte* außer Behandlungen durch Krankenpfleger und Physiotherapeuten nach einer von APRIL International übernommenen *stationären Heilbehandlung* im Krankenhaus;
- 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 *Krankenhausaufenthalts* 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 Neuuzuordnung 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*.
- Die Folgen und Konsequenzen eines Bürger- oder Auslandskrieges, eines Aufstandes, einer Rebellion, eines Aufruhrs, eines Militärputsches oder jeglicher Machtanmaßung, eines Kriegsrechts oder der Handlungen einer illegal gebildeten Behörde, unabhängig von dem Ort, an dem die Ereignisse stattfinden, und unabhängig von den Protagonisten, insbesondere wenn die versicherte Person sich selbst in Gefahr gebracht hat, indem sie in ein Gebiet eingedrungen ist, von dem die Regierung Frankreichs oder des Landes, in das sie ausgewandert ist, ausdrücklich abgeraten hat, oder eine offenkundige Missachtung ihrer eigenen Sicherheit an den Tag gelegt hat.

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 Fachkraft* verschrieben wurden und die nicht von der französischen Sozialversicherung übernommen werden (sofern in der Leistungsübersicht nicht anders angegeben).

8.3 *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;
- Die Folgen und Konsequenzen eines Bürger- oder Auslandskrieges, der auf französischem Boden stattgefunden hat;
- 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.
- Die Folgen und Konsequenzen eines Bürger- oder Auslandskrieges, der auf französischem Staatsgebiet stattgefunden hat.

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.**

8.4 *Ausschlüsse für die Versicherung für Gepäck und persönliche Gegenstände*

Zusätzlich zu den *Ausschlüssen*, die alle Versicherungen betreffen, die im nachfolgenden Abschnitt 8.5 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 Zerbrechen 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.**

8.5 *Ausschlüsse für die Privathaftpflichtversicherung:*

Zusätzlich zu den *Ausschlüssen*, die alle Versicherungen betreffen, die im nachfolgenden Abschnitt 8.5 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;**
- **Verkehrsrissen, 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.**

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 Ausmandaufenthaltes: 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. Zivilgesetzbuch).

Abweichend von Artikel 2254 des frz. Zivilgesetzbuchs 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 Forderungsanspruch:

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 erstellte 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.

- › APRIL International Care France - Service Courrier - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANKREICH
- › Unsere Büros: APRIL International Care France - 14, rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANKREICH
- › E-Mail : reclamation.expats@april-international.com

Bearbeitungsfristen: eine datierte Kopie Ihrer Beschwerde wird Ihnen ausgehändigt. *Sie* erhalten innerhalb von 10 Arbeitstagen nach dem Versanddatum Ihrer Beschwerde eine Empfangsbestätigung. Eine Antwort erhalten *Sie* innerhalb von 2 Monaten.

Anrufung des Ombudsmanns: Wenn *Sie* mit der Antwort nicht zufrieden sind oder 2 Monate nach dem Versand Ihrer ersten schriftlichen Beschwerde, können *Sie* sich unter folgender Adresse an den zuständigen Ombudsmann wenden:

- › La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANKREICH,
- › E-Mail: le.mediateur@mediation-assurance.org

Wenn der Beitritt zum Vertrag per 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 unserer Gesellschaft zum Zwecke der Nachverfolgung der Beschwerdebearbeitung elektronisch verarbeitet werden und nur dem Versicherer, 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 Mitgliedschaften durch APRIL International Care France, die Versicherer oder ihre Bevollmächtigten unerlässlich. *Sie* haben das Recht auf Mitteilung, Berichtigung, Widerspruch und Löschung der *Sie* betreffenden Daten (siehe Artikel 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 2025**

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=====



STATUTES

ASSOCIATION DES ASSURES APRIL

Updated 17th April 2018

CONTENTS

TITLE 1 – CREATION – PURPOSE – HEADQUARTERS – DURATION	p.2
TITLE II – MEMBERS AND CONDITIONS OF MEMBERSHIP	p.3
TITLE III – LIABILITY OF AND ENFORCEABILITY ON MEMBERS	p.4
TITLE IV – RESOURCES – EXPENSES	p.4
TITLE V – SOCIAL OUTREACH	p.5
TITLE VI – ADMINISTRATION AND OPERATION	p.5

TITLE I – CREATION – PURPOSE – HEADQUARTERS – DURATION

Article 1. CREATION AND NAME

An Association named the “Association des Assurés APRIL”, or abbreviated to Association 3A, was founded by private deed in Lyon on 1st January 1984. It is governed by the French Act of 1st July 1901 and the Decree of 16th August 1901.

It is a non-profit association.

On 27th April 2018 the Extraordinary General Meeting of the Association des Assurés APRIL recorded the effective completion of the merger of the Association des Assurés d’APRIL INTERNATIONAL with the Association des Assurés APRIL and the automatic dissolution without liquidation of the Association des Assurés APRIL INTERNATIONAL.

Article 2. PURPOSE

The purpose of this Association is:

- to study, research, arrange and develop all types of insurance and assistance products and services, particularly in the field of death & disability, health and retirement, in order to optimise for its Members, the purchase of supplementary or additional voluntary benefits, or benefits from the 1st euro, as required in addition to the benefits provided by the mandatory schemes, in particular by the signing of group insurance contracts with optional or compulsory membership;
- to raise awareness amongst its Members of the essential aspects of prevention in order to enable them to take care of their health on the one hand and, on the other hand, to obtain preferential terms from insurance companies which take into account the responsible behaviour of its Members in matters of health;
- to carry out statistical studies and analyses on the day-to-day behaviour of its Members in the field of health and personal risk insurance;
- to implement actions in respect of prevention, support and assistance to the Insured through an Outreach Fund.

Article 3. HEAD OFFICE

The head office is located in the 3rd district of Lyon at 114 boulevard Marius Vivier Merle.

It may be transferred by decision of the Board which has the power to amend the statutes for this purpose.

Article 4. DURATION

The association is formed for an unlimited period. It ceases to exist, however, in the event of voluntary, statutory or judicial dissolution.

TITLE II – MEMBERS AND CONDITIONS OF MEMBERSHIP

Article 5. COMPOSITION

The Association is made up of Members broken down into:

- Members;
- Members with non-salaried status;
- Group Members (companies, organisations or other legal entities) who have signed up to one of the agreements entered into by the Association on behalf of their employees.

To be a Member of the Association, you must be covered by the insurance under one of the agreements entered into by the Association and have paid the membership fee.

Member status is acquired from the date of receipt of the application for membership and payment of the membership

fee, subject to acceptance of membership of the insurance agreement by the insurer. If the application for membership is not accepted, the membership fee will be refunded no later than thirty days after notification of refusal by the insurer.

The following are also Members, but without voting rights, by decision of the Board:

- Persons or legal entities that serve or have served the Association with distinction. They are known as honorary members or members of honour;
- Persons or legal entities that have made a donation or bequest to the Association. They are known as supporting members.

Article 6. LOSS OF MEMBERSHIP STATUS

Membership is lost in the following cases:

- death, disappearance or absence for individuals;
- voluntary or legal liquidation or dissolution for legal entities;
- expulsion decided by the Board for breaches of these statutes or if conduct is found to conflict with the financial and moral interests of the Association;
- loss of insured status under one of the agreements entered into by the Association (termination, disenrollment or cancellation);
- resignation submitted to the Chairman at the Association's registered office by registered letter with proof of receipt. A copy of the letter issued by the administrator of the plan(s) confirming the termination of their insurance must be enclosed with this letter; these terminations must meet the conditions stipulated in the information notice(s) serving as the general conditions of the plan(s).

In all cases, any membership fees charged for the year in which the loss of membership status occurs will be retained by the Association.

TITLE III – LIABILITY OF AND ENFORCEABILITY ON MEMBERS

Article 7. LIABILITY OF MEMBERS

Members who have signed up to the agreements entered into by the Association are in no way personally liable for commitments made by the Association with liability being limited to the assets of the Association.

Article 8. ENFORCEABILITY ON MEMBERS

Any membership of the Association falls within the framework of the insurance agreements entered into by the Association and the insurers. The content of these agreements, in particular the conditions and consequences of termination of the agreements by the Association or the insurer, is given to Members when they join the Association and the plan in the form of an information notice serving as the general conditions.

TITLE IV – RESOURCES - EXPENSES

Article 9. ASSOCIATION RESOURCES

The Association's resources are made up of:

- the membership fees paid by Members;
- income from its property;
- sums received in return for services provided by the Association;
- grants or payments authorised by law;
- any other resources not prohibited by law.

Article 10. EXPENSES

The expenses of the Association consist of all sums necessary for its operation and representation. They are ordered by the Board or by any other person appointed by the Board for this purpose.

TITLE V – SOCIAL OUTREACH

Article 11. OUTREACH FUND

An Outreach Fund has been created for the purpose of financing support and assistance to Members.

The amount allocated annually to the Outreach Fund is decided by the Board which sets out the guidelines, missions and operating rules.

The various Outreach Actions carried out by the Association and their conditions of access and award are set out in the Association Rules and Regulations.

TITLE VI – ADMINISTRATION AND OPERATION

Article 12. BOARD OF DIRECTORS

1. Composition

The Association is managed by a Board of Directors consisting of a minimum of six (6) members and a maximum of fifteen (15) members appointed for six (6) years. The members of the Board of Directors are appointed by the General Assembly and are chosen from among the Members of the Association.

More than half of the Board members must be Members who do not hold, or have not held in the two years preceding their appointment, any interest or office in the insurance companies having signed the insurance agreements entered into by the Association and who do not receive or have not received, during the same period, any remuneration from these same insurers.

Any current Directors who take up office in, or receive any remuneration whatsoever from, one of the insurance companies having signed an insurance agreement with the Association agree to immediately notify the Chairman by registered letter with proof of receipt.

If this declaration were to reduce the number of Directors who do not, or did not during the two years preceding their appointment, hold any interest or office in the insurance organisations having signed the insurance agreements entered into by the Association and who do not or did not during the same period receive any remuneration from these insurance companies, to less than 51%, the Director in question will automatically forfeit his or her role as Director and will be replaced in accordance with article 12 of the statutes. In the event of a vacancy arising due to a death, a resignation, a Board member reaching the upper age limit or any other cause, the Board will provisionally replace these members. They will be permanently replaced at the next General Assembly. The term of office of any member elected in this way will come to an end when the term of office of the member they replaced would normally have expired.

If they are not ratified, the deliberations and actions of the Board during the period since the provisional appointment will nonetheless remain valid.

A third of the Board is renewed every 2 years. Outgoing members are eligible for re-election. The order of outgoing members is determined by the length of their term of office.

Any person aged 18 or over on the day of the election who is a Member of the Association and has paid the membership fee is eligible for Board membership.

The age limit for the position of Director is 70. If this age is reached during the term of office, the term of office will automatically end on the Director's anniversary date.

Any new application must be brought to the attention of the Chairman of the Board by registered letter received at

least thirty days before the date of the General Assembly, together with:

- a copy of an identity document;
- a sworn declaration that no criminal convictions are held or no measures referred to in paragraphs 1 to 5 of Article L322-2 of the French Insurance Code apply;
- a certificate indicating the existence or absence of any office held with or remuneration received from any of the insurance organisations having signed an insurance agreement with the Association.

No-one can be a member of the Board of the Association, either directly or indirectly or by proxy, or administer, direct or manage the Association in any capacity whatsoever, or have the authority to sign on behalf of the Association if he or she has held any of the convictions or been subject to any of the measures referred to in paragraphs 1 to 5 of Article L322-2 of the French Insurance Code.

Each year the Board elects an executive committee by secret ballot of its members by a majority vote. This executive committee consists of a Chairman, a Vice-Chairman, a Secretary, a Treasurer and any deputies. Outgoing members of the executive committee are eligible for re-election. The Board may be assisted by any person it deems useful, whether or not they are members of the Association.

2. Board meetings

The Board meets as often as the interests of the Association require when convened by the Chairman. The Board may be convened by any means at his or her convenience.

The deliberations of the Board are minuted and recorded in a register signed by the Chairman and at least one Director.

The Board will be valid only if more than half of the Directors are present.

Decisions of the Board are taken by a majority of the Directors present. In the event of a tie, the Chairman has the casting vote. Only items on the agenda may be put to a vote.

Any member of the Board who, without justification, fails to attend three consecutive meetings may be excluded by the Board, having first been given the opportunity to comment.

3. Remuneration

Directorships are not remunerated. However, expenses and disbursements incurred in the performance of their duties are reimbursed on the basis of documentary evidence. The financial report presented at the Ordinary General Assembly must state the amount of expenses and disbursements reimbursed to Directors.

4. Powers

The Board is vested generally with the widest powers to act on behalf of the Association. It sets the amount of the membership fee payable by members of the Association.

It can delegate authority to the Chairman or to a member of the executive committee.

5. Functions and powers of the Chairman – Functions of the Secretary and the Treasurer

The members of the executive committee are specially entrusted with the following responsibilities:

1. The **Chairman** directs the work of the Board and is responsible for the running of the Association. He or she is the Association's representative in legal proceedings and in all civil acts. He or she has full authority in this respect. He or she may delegate his or her authority to another Director. In his or her absence, the Vice-Chairman will deputise.
2. The **Secretary** is responsible for correspondence, in particular for sending out the various notices to attend meetings. He or she drafts the minutes of proceedings and transcribes them in the records and carries out all formalities required by law.
3. The **Treasurer** is responsible for managing the Association's assets and accounts. He or she collects revenue and makes payments under the supervision of the Chairman. He or she submits an annual administration report to the

General Assembly in order that it may rule on the accounts.

The duties of the members of the Executive Committee may not be remunerated in any form whatsoever.

Article 13. GENERAL ASSEMBLIES

1. General Assemblies

1.1. Ordinary General Assembly

At least once a year, Members are invited to attend the Ordinary General Assembly in accordance with the procedure described above.

The General Assembly hears:

- the management report prepared by the Board covering the operation of insurance agreements entered into by the Association. This report is made available to Members who request it;
- the auditor's reports;
- the chairman's report;
- the financial report.

The General Assembly, having deliberated and ruled on the various reports, approves the accounts for the previous financial year (calendar year) and deliberates on all other points on the agenda.

It provides for the renewal of Board members under the conditions set out in Article 12 of these statutes.

1.2. Extraordinary General Assembly

Extraordinary General Assemblies are convened under the conditions set out above.

The Extraordinary General Assembly rules on matters within its exclusive jurisdiction: amendments to the statutes and mergers or dissolutions.

2. Notices to attend

2.1. Notices to attend the Ordinary and Extraordinary General Assemblies

Members of the Association, as defined in article 5 who are members on the day of the decision to issue notices to attend and who have paid their membership fee, meet at least once a year at the Ordinary General Assembly and as required at an Extraordinary General Assembly.

Meetings of Ordinary General Assemblies and Extraordinary General Assemblies consist of all Members of the Association who have paid their membership fee.

The invitation is personal and is valid if extended by the Board:

- either by letter or email sent at least sixty calendar days before the date of the General Assembly;
- or by an announcement in a publication sent out to all Members.

General Assemblies are convened by the Chairman of the Association or, for Extraordinary General Assemblies, at the request of at least 10% of Members. In this case, notices to attend the Extraordinary General Assembly must be sent out within eight days of filing the request and the Extraordinary General Assembly must be held within thirty days of these notices being sent out.

Notices to attend must specify the date, time, place and agenda planned and drawn up by the Board.

Draft resolutions signed by at least one hundred Members are also included on the agenda, if they are sent by registered letter to the Chairman of the Board at least forty-five days before the date set for the General Assembly.

Only resolutions passed by the General Assembly on items on the agenda will be considered valid.

Notices to attend must also state that, in the absence of a quorum, they serve as notices to attend a second General Assembly.

3. Voting rights

3.1. Voting rights at Ordinary and Extraordinary General Assemblies

Each Member of the Association has voting rights and one vote at Ordinary and Extraordinary General Assemblies.

Legal entity members of the Association are represented by their legal representative.

Each individual Member has the right to name another Member or his or her spouse as their proxy. A single Member cannot hold more than 5% of voting rights. The proxy vote applies to only one General Assembly, or two if a quorum is not reached at the first meeting, or if two Assemblies – one Ordinary and one Extraordinary – are held on the same day.

Blank proxy forms returned to the Association are allocated to the Chairman or to his or her delegate on the Board and enable a vote to be held on the adoption of draft resolutions presented or approved by the Board.

3.1.1. Ordinary General Assembly

Decisions of the Ordinary General Assembly are adopted by a majority vote.

All decisions are taken by a show of hands.

However, if at least a quarter of Members in attendance make the request, votes can be cast by secret ballot.

For the election of Board members, a secret ballot is compulsory.

3.1.1. Extraordinary General Assembly

Decisions of the Extraordinary General Assembly must be taken by a two-thirds majority of Members in attendance or represented.

Votes are held by a show of hands unless at least a quarter of Members in attendance request voting by secret ballot.

4. Meetings of the Assemblies

Assemblies are chaired by the Chairman of the Association who may delegate his or her duties to the Vice-Chairman or to another Director.

Proceedings are recorded in the minutes, entered in a special register and signed by the Chairman and the Secretary. The minutes are available at the Association headquarters.

An attendance sheet is completed and certified by the Chairman and the Secretary.

All Members, including those who are absent, are bound by the decisions of the General Assembly within the limits of the powers conferred by these statutes.

4.1. Meetings of the Ordinary and Extraordinary General Assemblies

Ordinary and Extraordinary General Assemblies cannot validly deliberate unless at least one thousand Members are present or represented. If, at the first meeting, the General Assembly does not reach a quorum, a second meeting of the General Assembly is convened. The meeting can then deliberate validly regardless of the number of Members present or represented.

If a quorum is not reached, the second General Assembly may be held following the first with the same agenda.

By decision of the Chairman, the Ordinary and Extraordinary General Assemblies may be held remotely using electronic voting.

Article 14. ASSOCIATION RULES AND REGULATIONS

Association rules and regulations may be drawn up by the Board of Directors to supplement the statutory provisions.

Article 15. DISSOLUTION – MERGER – TRANSFER OF ASSETS

The dissolution of the Association or its merger or union with another organisation can only be approved if proposed by the Board at an Extraordinary General Assembly, in accordance with the conditions set out above.

In accordance with Article L140-6 of the French Insurance Code, in the event of the liquidation or dissolution of the Association, memberships of group insurance agreements which are active on the date of the dissolution or liquidation will continue as of right.

Article 16. LANGUAGE

These statutes are in French. If they are translated into other languages, only the French version is binding.

Pierre-Henry MICHAUD
Chairman

Jean-Louis FAVROT
Secretary

