

Versicherung und Assistance Mastercard Business Qonto

Vertrag Nr. 4.091.950-002

Informationsblatt

Entspricht Artikel L.141-4 des frz. Code des assurances

Der Versicherungsnehmer:

Der Kartenaussteller, **OLINDA SAS**,

frz. vereinfachte Aktiengesellschaft (Société par actions simplifiée) mit einem Kapital von 296.517,71 €, eingetragen im Handelsregister Paris unter der Nummer 819 489 626 und mit Sitz in 18 rue de Navarin 75009 Paris, zugelassen von der frz. Aufsichtsbehörde Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution („ACPR“) mit Sitz in 4, place de Budapest – CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 als Zahlungsinstitut unter der Nummer [16958].

Der Versicherer:

AIG Europe S.A.,

Versicherungsgesellschaft, eingetragen in Luxemburg (HR-Nr. B 218806) mit Sitz in 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxemburg. AIG Europe SA ist vom luxemburgischen Finanzministerium zugelassen und wird vom Commissariat aux Assurances 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg, Tel.: (+352) 22 69 11 – 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu> kontrolliert. Niederlassung für Frankreich: Tour CBX, 1 Passerelle des Reflets, 92400 Courbevoie – HR Nanterre 838 136 463.

Der Vertrieb von Versicherungsverträgen in Frankreich durch die französische Niederlassung von AIG Europe SA unterliegt den geltenden französischen Vorschriften, unter der Aufsicht der Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. <https://acpr.banque-france.fr/>.

Vermittels:

Qover SA/NV,

Mit Sitz in 31, rue du Commerce – 1000 Brüssel, Firmenregisternr. 0650.939.878, ist ein ungebundener Versicherungsvermittler, eingetragen im Register der Versicherungsvermittler, das von der Autorität finanzielle Dienste und Märkte geführt wird, unter der Nr. 0650.939.878.

Diese Deutsche Übersetzung ist nicht vertraglich bindend und dient nur zu Informationszwecken. Im Falle eines Rechtsstreits ist allein der französische Originalwortlaut der Versicherungspolice maßgeblich und hat Vorrang vor dieser Übersetzung. Dementsprechend sollte man sich nicht auf diese Übersetzung verlassen und alle Streitigkeiten, die im Zusammenhang mit dem gewährten Versicherungsschutz entstehen, werden ausschließlich unter Bezugnahme auf den französischen Originalwortlaut und die Bedeutung der darin verwendeten Begriffe gelöst.

Die Versicherungsleistungen im Rahmen dieses Informationsblatts gelten für Inhaber von Bankkarten „MASTERCARD Business PLUS“, die vom Versicherungsnehmer ausgestellt werden und unmittelbar an die Gültigkeit der genannten Karten gebunden sind. Die Meldung des Verlusts oder Diebstahls der Karten setzt jedoch nicht die Versicherungsleistungen aus.

Das vorliegende Informationsblatt besteht aus einem „Teil – Versicherung“, einem „Teil 2 – Assistance“ und einem „Teil 3 – Gemeinsame Bestimmungen für Versicherung und Assistance“.

Teil 1 – Versicherung

Zulässigkeitsbedingungen

Sofern nichts anderes vereinbart ist, kann der Nutzen der Versicherungsleistungen nur geltend gemacht werden, wenn die versicherte Leistung oder das versicherte Gut vollständig oder teilweise mit der Karte nach dem Inkrafttreten des Vertrags Nr. 4.091.950-002 und vor Eintritt des Schadenfalls bezahlt wurde.

Weitere Informationen finden Sie im Abschnitt „Versicherung“ auf der Qonto-Website.

1.1 – Gemeinsame Begriffsbestimmungen – Versicherungsteil

Zum richtigen Verständnis dessen, was folgen wird, werden sämtliche Begriffe, die im Text dieses TEIL 1 – VERSICHERUNG unterstrichen werden und nicht anderweitig definiert sind, nachfolgend definiert:

Inhaber

Die natürliche Person, die Inhaber der Karte ist, die in einem Land der Europäischen Union wohnt.

Unfall

Jegliche ungewollte körperliche Schädigung des Versicherten, die aus der plötzlichen, ärztlich festgestellten äußeren Ursache herrührt.

Karte

Die vom Versicherungsnehmer ausgestellte „Mastercard Business PLUS“, der die Versicherungsleistungen zugewiesen sind.

Jeder Inhaber, der mehrere Business „MasterCard“-Karten besitzt, profitiert jedoch sowohl für sich selbst als auch für die anderen Versicherten de facto von den umfassendsten Versicherungsleistungen, unabhängig von der für die Zahlung verwendeten Karte.

Dies gilt ebenfalls für die dynamische virtuelle Karte, die die mit der Karte, mit der sie verknüpft ist, verbundenen Versicherungsleistungen in keiner Weise verändert.

Wird eine Leistung durch den Inhaber einer „MasterCard“-Karte für Rechnung anderer Inhaber einer Business „MasterCard“-Karte bezahlt, so gelten für diese die Versicherungsleistungen der Karte, deren Inhaber sie sind.

Ehepartner

Der Ehepartner ist entweder:

- der nicht vom Inhaber getrennte oder faktisch getrennte und nicht geschiedenen Ehegatte,
- die Person, die mit dem Inhaber in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft lebt,
- die Person, die mit dem Inhaber eines gültigen PACS (Pacte Civil de Solidarité – anerkannte eheähnliche Lebensgemeinschaft) abgeschlossen hat.

Der Nachweis der eheähnlichen Lebensgemeinschaft wird durch eine Bescheinigung über ein offenkundiges eheähnliches Verhältnis vor dem Datum des Schadenfalls oder andernfalls durch Steuerbescheide mit derselben Adresse oder anderen beweiskräftigen Rechnungen auf beide Namen vor dem Datum des Schadenfalls erbracht.

Der Nachweis des PACS (Pacte Civil de Solidarité – anerkannte eheähnliche Lebensgemeinschaft) wird durch die von der zuständigen Behörde ausgestellte Bescheinigung oder durch die Geburtsurkunde, die den PACS bestätigt und vor dem Datum des Schadenfalls ausgestellt wurde, erbracht.

Höhere Gewalt

Als durch höhere Gewalt eingetreten gilt ein unvorhersehbares, unabwendbares und äußeres Ereignis, das die Erfüllung des Vertrags gemäß Artikel 1218 des frz. Code civil absolut unmöglich macht.

Selbstbeteiligung

Der im Vertrag pauschal festgelegte Betrag, der im Falle einer Entschädigung infolge eines Schadenfalls vom Versicherten getragen wird. Die Selbstbeteiligung kann in einem Währungsbetrag, in Stunden oder Tagen ausgedrückt werden.

Schadenfall

Das Eintreten einer Schadensereignisses, das die Anwendung einer Versicherungsleistung des vorliegenden Informationsblatts zur Folge haben könnte.

Das Datum des Schadens ist das Datum, an dem das Schadensereignis auftritt, d. h. dasjenige, das die Ursache des Schadens darstellt.

Dritter

Jede andere Person als:

- der Inhaber und sein Ehepartner,
- ihre Verwandten in aufsteigender und absteigender Linie,
- die vom Versicherten in der Ausübung ihrer Funktion bezahlten oder nicht bezahlten Angestellten.

1.2 – Sonderbestimmungen – Versicherungsteil

Kapitel I – Reise

Besondere Begriffsbestimmungen

Neben den Begriffsbestimmungen in Abschnitt 1.1 „Gemeinsame Begriffsbestimmungen – Versicherungsteil“ haben alle Begriffe, die im Text dieses Kapitels unterstrichen werden, die Bedeutung, die ihnen nachstehend zugeteilt wird.

Im Falle eines Widerspruchs zwischen der Definition eines gleichen Begriffs nach diesem Kapitel und nach Abschnitt 1.1 hat die Definition dieses Kapitels Vorrang.

Versicherter

- der Inhaber,
- sein Ehepartner,

- ihre Kinder und Enkel unter 25 Jahren, sofern sie zu Steuerzwecken von mindestens einem ihrer Eltern abhängig sind,
- ihre Verwandten in aufsteigender und absteigender Linie, unabhängig von ihrem Alter, die unter demselben Dach wie der Inhaber und sein Ehepartner leben, soweit sie zu Steuerzwecken vom Inhaber oder seinem Ehepartner abhängig sind, und:
 - sie Inhaber des in Artikel L.241-3 des frz. Code de l'Action et des familles vorgesehenen Behindertenausweises sind **oder**
 - sie von dem Inhaber oder seinem Ehepartner ein Unterhaltsgeld erhalten, das es ihnen ermöglicht, einen Abzug auf ihren Einkommensteuerbescheid zu erhalten,
- die Mitarbeiter, höchstens zwei pro Reise.

Die Versicherten sind versichert, wenn sie alleine oder zusammen reisen. Die Mitarbeiter sind jedoch lediglich versichert, wenn sie mit dem Inhaber reisen.

Mitarbeiter

Arbeitnehmer, Freiberufler oder Praktikanten im Alter von über 16 Jahren, die jeweils einen gültigen Arbeitsvertrag, freiberuflichen Kooperationsvertrag oder Praktikumsvertrag vorweisen, der mit dem Unternehmen abgeschlossen wurde, bei dem der Inhaber selbst Arbeitnehmer, Freiberufler, Gesellschafter, Verwaltungsratsmitglied oder Vertreter der Gesellschaft ist.

Mitreisender

Jede Person, die mit dem Inhaber reisen und deren Identität in das Anmeldeformular für die Reise aufgenommen wird.

Begünstigter

Im Falle des Unfalltods ist der Begünstigte, sofern der Versicherte nichts anderes mit einer schriftlichen und unterzeichneten Bestimmung vereinbart hat, der hinterbliebene nicht getrennte oder faktisch getrennte Ehegatte des Versicherten, andernfalls die geborenen oder ungeborenen Kinder des Versicherten zu gleichen Teilen, andernfalls die Rechtsnachfolger des Versicherten.

Form und Folgen der Annahme des Garantieanspruchs:

Der Versicherte muss seine vorherige Zustimmung zur Annahme des Garantieanspruchs durch die bezeichnete Person erteilen. Die Annahme kann entweder durch einen Zusatz, unterzeichnet durch den Versicherer, den Versicherten und den Begünstigten, oder eine notarielle oder privatschriftliche Urkunde erfolgen, die vom Versicherten und dem Begünstigten unterzeichnet und dem Versicherer schriftlich mitgeteilt wird.

Die Annahme des Begünstigten hat zur Folge, dass seine Benennung unwiderruflich ist, und ohne seine Zustimmung kann keine Änderung vorgenommen werden.

In allen sonstigen versicherten Fällen ist der Begünstigte der Versicherte.

Gepäck

Alle während der Reise mitgenommenen oder während dieser Reise erworbenen Gegenstände.

Wertsachen

Schmuck, Pelze, Kunstgegenstände und Antiquitäten, Musikinstrumente, Foto-, Film-, Aufnahme- oder Wiedergabematerial für Ton und Bild und deren Träger oder sonstige Gegenstände mit einem Kaufwert von mindestens 300 €.

Angehörige

- Verwandte in aufsteigender und absteigender Linie (maximal 2. Grad),
- Brüder, Schwestern, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, des Inhabers oder seines Ehepartners.

Rückzahlungswert

Im ersten Jahr nach dem Kaufdatum entspricht der Rückzahlungswert dem Kaufpreis. Darüber hinaus wird er im zweiten Jahr nach dem Kaufdatum um 25 % und in den Folgejahren um 10 % pro Jahr verringert.

Reise

Jede Fortbewegung mit einer Entfernung **von mehr als 100 km vom Wohnsitz** des Versicherten oder seines gewöhnlichen Arbeitsplatzes mit einer Dauer **von weniger als 90 aufeinander folgenden Tagen**.

Öffentliche Verkehrsmittel

Alle öffentlichen Personennahverkehrsmittel, die für den öffentlichen Personenverkehr zugelassen sind und für die eine Beförderungsgenehmigung erteilt wurde.

Mietfahrzeug

Alle zugelassenen motorbetriebenen Landfahrzeuge mit vier Rädern, die zur Beförderung von Personen bestimmt sind und von einem befugten Unternehmer vermietet werden.

Als Mietfahrzeug gilt auch das von einer Werkstatt ausgeliehene Ersatzfahrzeug, wenn das Fahrzeug des Inhabers zur Reparatur stillgestellt wird, sofern für diese Leihe ein ordnungsgemäßer Vertrag mit Rechnung vorliegt.

Territorialität

Die Versicherungsleistungen des Vertrags werden während einer Reise auf der **GANZEN WELT** erlangt, **außer für Reisen über oder nach Nordkorea, Kuba, Iran, Sudan, Syrien, die Krim-Region, die Volksrepublik Donezk oder die Volksrepublik Lugansk**.

Versicherungsleistungen „Verspätung von Flugzeug und Zug / Gepäckverspätung“

Verspätung von Flugzeug und Zug

Gegenstand der Versicherungsleistung

Im Laufe einer Reise und bei Eintritt eines versicherten Ereignisses wird der Versicherte für die nachstehenden ursprünglich nicht vorgesehenen Kosten entschädigt:

- Kosten für Mahlzeiten und Erfrischungen,
- Hotelkosten,
- Kosten für den Transfer zwischen dem Flughafen und dem endgültigen Zielort,
- Kosten im Zusammenhang mit der Änderung oder dem Rückkauf eines Beförderungsdokuments, wenn der Flug oder der Zug, mit dem der Versicherte unterwegs war, ihn daran gehindert hat, das Beförderungsmittel zu nehmen, dessen Ticket vor der Abreise mit der Karte erworben worden war, um zum endgültigen Zielort zu gelangen.

Versicherte Ereignisse

- Verspätung oder Stornierung eines Linienflugs,
- Verspätung oder Stornierung eines Charterflugs,
- Verspätung oder Stornierung eines Zugs,
- Ablehnung der Beförderung im Falle einer Überbuchung,
- Verspätung eines bestätigten Flugs, mit dem der Versicherte reiste, um sich an den Anschlussort zu begeben, was es ihm nicht ermöglicht, an Bord eines bestätigten Anschlussflugs zu gehen,

- Verspätung von mehr als einer Stunde von einem vom Versicherten genutzten öffentlichen Verkehrsmittel, um sich zum Flughafen oder Bahnhof zu begeben und an Bord des bestätigten Flugs zu gehen oder den von ihm gebuchten Zug zu nehmen.

Bedingungen

- Es sind lediglich Gegenstand der Versicherungsleistung:
 - Linienflüge von Fluggesellschaften, deren Flugzeiten veröffentlicht werden (im Falle einer Anfechtung wird der „ABC World Airways Guide“ als Referenz für die Bestimmung der Flug- und Anschlusszeiten hinzugezogen),
 - Charterflüge mit Abflug aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Union,
 - die Eisenbahnunternehmen sowie die regelmäßigen öffentlichen Verkehrsmittel, deren Fahrpläne im Voraus veröffentlicht und bekannt sind.
- Es sind lediglich Gegenstand der Versicherungsleistung die Verspätungen bei der Ankunft:
 - von mehr als 4 Stunden bei einem Linienflug,
 - von mehr als 6 Stunden bei einem Charterflug,
 - von mehr als 2 Stunden bei einem Zug,
 und wenn dem Versicherten vom Transportunternehmen kein Ersatztransportmittel zur Verfügung gestellt wird innerhalb von:
 - 4 Stunden bei einem Linienflug,
 - 6 Stunden bei einem Charterflug,
 - 2 Stunden bei einem Zug,
 nach der ursprünglichen Abreiseuhrzeit (oder Ankunftszeit bei Anschlussflügen) des gebuchten und bestätigten Flugs oder Zuges.

Dauer der Versicherungsleistung

Die Versicherungsleistung läuft ab der geplanten Abreiseuhrzeit bis zur tatsächlichen Ankunft am endgültigen Zielort.

Maximale Verpflichtung des Versicherers

Die Entschädigung darf höchstens **800 €** pro Schadenfall (unabhängig von der Anzahl der Versicherten) betragen.

Besondere Ausschlüsse

NEBEN DEN GEMEINSAMEN AUSSCHLÜSSEN SIND EBENFALLS VON DER VERSICHERUNGSLEISTUNG AUSGESCHLOSSEN:

- **WENN DER VERSICHERTE EIN ÄHNLICHES BEFÖRDERUNGSMITTEL, DAS IHM ZUR VERFÜGUNG GESTELLT WIRD, ABLEHNT,**
- **IM FALLE EINER VORÜBERGEHENDEN ODER ENDGÜLTIGEN STILLLEGUNG EINES FLUGZEUGS, DIE VON DEN FLUGHAFENBEHÖRDEN FÜR DIE ZIVILLUFTFAHRT ODER VON EINER ÄHNLICHEN STELLE ANGEORDNET UND VOR DEM ABREISEDATUM DER REISE ANGEKÜNDIGT WURDE.**

Gepäckverspätung

Gegenstand der Versicherungsleistung

Wenn das ordnungsgemäß registrierte Gepäck des Versicherten, das unter der Verantwortung des öffentlichen Beförderers steht, mit dem der Versicherte eine Reise antritt, ihm nicht innerhalb von vier Stunden nach seiner Ankunft am Zielort übergeben wird, wird der Versicherte für die Kosten entschädigt, die er getragen hat, um sich dringend Kleidung und Toilettenartikel zu beschaffen.

Der Versicherte muss, mit Ausnahme im Falle von höherer Gewalt, die zuständigen Behörden der Fluggesellschaft umgehend über das Fehlen des Gepäcks informieren und eine Empfangsbestätigung der Verspätungsmeldung erlangen.

Bedingungen der Versicherungsleistung

Achtung:

Lediglich die Verspätungen von Gepäck, die bei Linienflügen von Fluggesellschaften, deren Flugzeiten veröffentlicht werden (im Falle einer Anfechtung wird der „ABC World Airways Guide“ als Referenz für die Bestimmung der Flug- und Anschlusszeiten hinzugezogen), sowie der regelmäßigen öffentlichen Verkehrsmittel, deren Fahrpläne im Voraus veröffentlicht und bekannt sind, entstehen, können garantiert werden.

Dauer der Versicherungsleistung

Die Versicherungsleistung läuft ab vier Stunden nach der Ankunft am Zielort und bis zum Ende des vierten auf die Ankunftszeit folgenden Tages.

Maximale Verpflichtung des Versicherers

Die Entschädigung darf höchstens **800 €** pro Schadenfall (unabhängig von der Anzahl der Versicherten) betragen.

Besondere Ausschlüsse

NEBEN DEN GEMEINSAMEN AUSSCHLÜSSEN SIND EBENFALLS VON DER VERSICHERUNGSLEISTUNG AUSGESCHLOSSEN:

- **DAS EMBARGO, DIE BESCHLAGNAHME, DIE FESTNAHME ODER DIE VERNICHTUNG DURCH ANORDNUNG EINER REGIERUNG ODER ÖFFENTLICHEN BEHÖRDE,**
- **DIE ARTIKEL, DIE NACH DER ÜBERGABE DES GEPÄCKS DURCH DAS TRANSPORTUNTERNEHMEN GEKAUFT ODER MEHR ALS 4 TAGE NACH DER ANKUNFTSZEIT AM ZIELFLUGHAFEN ODER -BAHNHOF GEKAUFT WURDEN, AUCH WENN DAS GEPÄCK DEM VERSICHERTEN NOCH NICHT ÜBERGEBEN WURDE.**

Für beide Versicherungsleistungen geltende Bestimmung:

Für dieselbe Reise ist die Rückzahlung im Rahmen der Versicherungsleistungen „Verspätung von Flugzeug und Zug“ und „Gepäckverspätung“ auf **800 €** pro Schadenfall (unabhängig von der Anzahl der Versicherten) begrenzt.

Versicherungsleistung „Verlust, Diebstahl und Beschädigung des Gepäcks“

Gegenstand

Wenn während einer Reise das ordnungsgemäß registrierte Gepäck des Versicherten, das unter der Verantwortung des öffentlichen Beförderers steht, verloren geht, gestohlen oder vollständig oder teilweise zerstört wird, wird der Versicherte in Höhe des geltenden Rückzahlungswerts entschädigt.

Der Versicherte muss, mit Ausnahme im Falle von höherer Gewalt, die zuständigen Behörden der Fluggesellschaft umgehend über das Fehlen des Gepäcks informieren und eine Empfangsbestätigung der Verlustmeldung erlangen.

Der Versicherer tritt nach Erschöpfung und ausschließlich in Ergänzung der vom Transportunternehmen, insbesondere in Anwendung des Montrealer Übereinkommens, im Falle von Diebstahl, Verlust oder vollständiger oder teilweiser Zerstörung des Gepäcks zu leistenden Entschädigungen ein.

Maximale Verpflichtung des Versicherers

Die Entschädigung darf höchstens **1.000 €** pro Schadenfall, davon **300 €** pro Wertsache, betragen.

Innerhalb dieser Beträge wird jede Entschädigung, die im Rahmen der Versicherungsleistung „Gepäckverspätung“ geschuldet wird, vom insgesamt zurückgezahlten Betrag abgezogen, wenn das persönliche Gepäck als endgültig verloren gemeldet wird.

In jedem Fall wird eine Selbstbeteiligung in Höhe von **70 €** auf den gesamten Schadenbetrag vor Anwendung des garantierten Höchstbetrags angewandt.

Besondere Ausschlüsse

NEBEN DEN GEMEINSAMEN AUSSCHLÜSSEN SIND EBENFALLS VON DER VERSICHERUNGSLEISTUNG AUSGESCHLOSSEN:

- **DIE BESCHLAGNAHME DURCH DEN ZOLL ODER EINE REGIERUNGSBEHÖRDE,**
- **DIE VERLUSTE ODER SCHÄDEN:**
 - **VERURSACHT DURCH NORMALEN VERSCHLEIß, DIE ÜBERALTERUNG, DEN DER SACHE INNEWOHNENDEN MANGEL,**
 - **VERURSACHT DURCH MOTTEN ODER UNGEZIEFER, DURCH REINIGUNGSVERFAHREN ODER DURCH KLIMATISCHE BEDINGUNGEN,**
 - **AUFGRUND DES SCHLECHTEN ZUSTANDS DER ZUM TRANSPORT VON PERSÖNLICHEN HABSELIGKEITEN VERWENDETEN KOFFER ODER TASCHE,**
- **DIE VERLUSTE, DER DIEBSTAHL ODER DIE SCHÄDEN AN FOLGENDEN GÜTERN:**
 - **PROTHESEN UND GERÄTE JEDLICHER ART, BRILLEN, KONTAKTLINSEN,**
 - **BARGELD, WERTSCHRIFTEN, REISESCHECKS, ZAHLUNGS- ODER KREDITKARTEN, SCHLÜSSEL, PERSÖNLICHE PAPIERE, AUSWEISPAPIERE, DOKUMENTE UND MUSTER,**
 - **FLUGTICKETS, BEFÖRDERUNGSDOKUMENTE, GUTSCHEINE, TITRES-VACANCES (FRZ. URLAUBSGUTSCHEINE), TITRES-RESTAURANT (FRZ. RESTAURANTGUTSCHEINE) UND BENZINGUTSCHEINE,**
 - **ILLEGALE ODER GEFÄLSCHTE PRODUKTE,**
 - **GEGENSTÄNDE AUS GLAS, KRISTALL ODER PORZELLAN,**
 - **GEGENSTÄNDE, DIE SENSIBEL AUF WÄRMESCHWANKUNGEN REAGIEREN,**
 - **VERDERBLICHE PRODUKTE,**
 - **VOM BEFÖRDERER VERBOTENE PRODUKTE UND TIERE.**

Kapitel II – „Betrügerische Nutzung der Karte“

Besondere Begriffsbestimmungen

Neben den Begriffsbestimmungen in Abschnitt 1.1 „Gemeinsame Begriffsbestimmungen – Versicherungsteil“ haben alle Begriffe, die im Text dieses Kapitels unterstrichen werden, die Bedeutung, die ihnen nachstehend zugeteilt wird.

Im Falle eines Widerspruchs zwischen der Definition eines gleichen Begriffs nach diesem Kapitel und nach Abschnitt 1.1 hat die Definition dieses Kapitels Vorrang.

Versicherter

Das Unternehmen oder Inhaber des Kontos, dem die Karte zugewiesen ist.

Betrügerische Nutzung

Jede von einem Dritten mit einer oder mehreren Karten des Versicherten, die während der Gültigkeitsdauer der Karte verloren gegangen sind oder gestohlen wurden, durchgeführte Zahlungs- oder Auszahlungstransaktion.

Schadenfall

Sämtliche betrügerischen Nutzungen, die infolge eines Verlusts oder Diebstahls einer Karte zwischen dem Zeitpunkt des Verlusts oder Diebstahls der Karte und der Sperrung durch den Versicherten oder Inhaber beim Sperrservice des Ausstellers der Karte oder einem von ihm anerkannten Sperrservice begangen wurden.

Sämtliche betrügerischen Transaktionen, die infolge eines einzigen Verlusts oder Diebstahls begangen wurden, stellen einen einzigen Schadenfall dar.

Gegenstand der Versicherungsleistung

Zweck der vorliegenden Versicherungsleistung ist es, direkte finanzielle Verluste zu übernehmen, die der Versicherte im Falle von Zahlungs- oder Abhebungstransaktionen erlitten hat, die von einem Dritten mit Hilfe einer oder mehrerer seiner Karten, die während der Gültigkeitsdauer der Karte verloren gegangen sind oder gestohlen wurden, auf betrügerische Weise ausgeführt werden, soweit diese betrügerischen Transaktionen zwischen dem Zeitpunkt des Verlusts oder Diebstahls und der Sperrung durch den Versicherten oder den Inhaber beim Sperrservice des Ausstellers der Karte oder einem von ihm anerkannten Sperrservice durchgeführt werden.

Territorialität

Die Versicherungsleistung wird **weltweit** erworben:

- unabhängig vom Ort des Eintretens des Verlusts oder Diebstahls der Karte,
- unabhängig von dem Ort, an dem die betrügerischen Nutzungen durchgeführt werden

Es wird darauf hingewiesen, dass die Entschädigung stets in einem Land der Europäischen Union gezahlt wird.

Maximale Verpflichtung des Versicherers

Für jede Karte entschädigt der Versicherer den Versicherten in Höhe der dem Letztgenannten im Rahmen des „Inhabervertrags“ zwischen dem Aussteller der Karte und dem Versicherten zu tragenden Beträge gemäß den geltenden Vorschriften bis maximal **1.500 €** pro Inhaber und pro Kalenderjahr.

Jeder Schadenfall ist dem Kalenderjahr anzurechnen, in dem der Verlust oder Diebstahl der Karte oder, im Falle von Zweifeln über das Datum dieses Eintretens, dem Kalenderjahr, in dem der Verlust oder Diebstahl der Karte festgestellt wird, eintritt.

Besondere Ausschlüsse

NEBEN DEN GEMEINSAMEN AUSSCHLÜSSEN SIND EBENFALLS AUSGESCHLOSSEN:

- **EMBARGOS, BESCHLAGNAHMEN, FESTNAHMEN ODER VERNICHTUNGEN DURCH ANORDNUNG EINER REGIERUNG ODER ÖFFENTLICHEN BEHÖRDE,**
- **JEDE REIHE BETRÜGERISCHER NUTZUNGEN, DEREN ERSTMALIGE NUTZUNG VOR DEM WIRKSAMWERDEN DIESES VERTRAGS ERFOLGT,**
- **INDIREKTE VERLUSTE, DIE DEM VERSICHTEN ODER EINER ANDEREN NATÜRLICHEN ODER JURISTISCHEN PERSON ENTSTANDEN SIND, WIE Z. B.: VERLUST VON GEWINNEN ODER ZINSEN, VERLUST VON KUNDEN, ENTGANGENER GEWINN, UMSATZMINDERUNG,**

- JEDE BETRÜGERISCHE NUTZUNG, DIE ÜBER DAS DATUM DER SPERRUNG/KÜNDIGUNG DER KARTE HINAUS ERFOLGT.
- JEDE BETRÜGERISCHE NUTZUNG EINER VERLORENEN ODER GESTOHNENEN KARTE ZWISCHEN DEM DATUM DER AUSSTELLUNG DER KARTE UND IHRER PERSÖNLICHEN ENTGEGENNAHME DURCH DEN KARTENINHABER.

Pflichten des Versicherten im Falle eines Schadenfalls

Unter Androhung des Verfalls muss der Versicherte oder der Inhaber, mit Ausnahme von zufälligen Ereignissen oder höherer Gewalt, sobald er den Verlust oder den Diebstahl seiner Karten oder die Belastung von betrügerisch durchgeführten Transaktionen mithilfe seiner verloren gegangenen oder gestohlenen Karten auf seinem Kontoauszug feststellt:

- unverzüglich beim Sperrservice des Ausstellers der Karte (oder einem von ihm anerkannten Sperrservice) die Sperrung beantragen;
- die Sperrung so schnell wie möglich beim Aussteller der Karte schriftlich bestätigen,
- bei Diebstahl der Karte oder Feststellung auf seinem Kontoauszug der Belastung betrügerischer Transaktionen mithilfe der Karte: so schnell wie möglich Anzeige bei den zuständigen Polizeibehörden aufgrund von Diebstahl oder betrügerischer Nutzung erstatten,
- so schnell wie möglich und in jedem Fall unter Beachtung von nachstehendem Abschnitt 1.3 unten „Gemeinsame Bestimmungen für den Versicherungsteil“ eine Schadenmeldung vornehmen.

Eintreibung

Bei der vollständigen oder teilweisen Eintreibung der direkten finanziellen Verluste muss der Versicherte den Versicherer unverzüglich darüber in Kenntnis setzen.

Erfolgt die Eintreibung vor der Zahlung der Entschädigung, so ist der Versicherer nur zur folgenden Zahlung verpflichtet:

- einer Entschädigung, die den Beträgen der direkten finanziellen Verluste entspricht, die der Versicherte nach Abzug der wiedergewonnenen Beträge erlitten hat,
- einer Entschädigung, die den vom Versicherten (oder in seinem Namen) in Absprache mit dem Versicherer getragenen Kosten für die Eintreibung entspricht,

alles im Rahmen des Höchstbetrags von 1.500 € pro Karte und Kalenderjahr.

Erfolgt die Eintreibung nach der Zahlung der Entschädigung, wird jeder eingetriebene Betrag (nach Abzug der mit der Zustimmung des Versicherers für diese Eintreibung entstandenen Kosten) wie folgt zugewiesen:

- in erster Linie dem Versicherten in Höhe der finanziellen Verluste, die die Entschädigung des Versicherers übersteigen,
- dann dem Versicherer in Höhe der gezahlten Entschädigung.

Kapitel III – Einkäufe

Besondere Begriffsbestimmungen

Neben den Begriffsbestimmungen in Abschnitt 1.1 „Gemeinsame Begriffsbestimmungen – Versicherungsteil“ haben alle Begriffe, die im Text dieses Kapitels unterstrichen werden, die Bedeutung, die ihnen nachstehend zugeteilt wird.

Im Falle eines Widerspruchs zwischen der Definition eines gleichen Begriffs nach diesem Kapitel und nach Abschnitt 1.1 hat die Definition dieses Kapitels Vorrang.

Versicherter

Das Unternehmen oder Inhaber des Kontos, dem die Karte zugewiesen ist.

Garantiertes Gut

Jegliche neu gekaufte bewegliche Sache **mit einem Kaufpreis von mehr als 50 € inkl. MwSt.**, die während des Versicherungsleistungszeitraums vollständig oder teilweise mit der Karte finanziert wird.

Fallen nicht unter die Definition des „garantierten Guts“

- Tiere, Pflanzen, Nahrungsmittel oder Getränke;
- Neue oder gebrauchte Kraftfahrzeuge;
- Bargeld, Reiseschecks, Anleihen, Wertpapiere, Aktien und sämtliche Anlagewerte oder handelbare Instrumente;
- Fahrausweise;
- Eintrittskarten für sämtliche Arten von Sport- oder Kulturveranstaltungen, Konzerte;
- Schmuck oder Edelsteine, Kunstgegenstände, Goldschmiedewaren, Silberschmiedewaren;
- Mobiltelefone;
- Die zum Weiterverkauf erworbenen Güter;
- Waffen und
- Gefälschte Gegenstände.

Schmuck

Schmuckstücke, die vollständig oder teilweise aus Edelmetallen, Edelsteinen oder Edelsteinen oder wertvollen Perlen bestehen oder einen Wert von mindestens 500 Euro haben. Uhren gelten als „Schmuck“, wenn sie aus Edelmetallen bestehen oder wenn ihr ursprünglicher Kaufpreis über 2.500 € liegt.

Unbeabsichtigter Schaden

Jede vollständige oder teilweise Zerstörung eines garantierten Guts, die sich aus einem äußeren, plötzlichen und unvorhersehbaren Ereignis ergibt.

Diebstahl

Betrügerische Entwendung der Sache durch Dritte.

Diebstahl mit Überfall

Diebstahl mit körperlicher Gewalt oder Bedrohung des Versicherten.

Einbruchdiebstahl

Diebstahl durch Öffnung durch Gewalt, Beschädigung oder Zerstörung der äußeren Schließvorrichtung, die zum Zeitpunkt des Diebstahls aktiviert ist:

- von einer Immobilie oder einer beweglichen Sache,
- von motorbetriebenen Landfahrzeugen unter der Voraussetzung, dass das garantierte Gut von außen nicht sichtbar ist.

Gegenstand der Versicherungsleistung

Zweck der vorliegenden Versicherungsleistung ist es, dem Versicherten Folgendes zurückzuerstatten:

- Im Falle eines Einbruchdiebstahls oder Diebstahls mit Überfall des garantierten Guts, den Kaufpreis inkl. MwSt. dieses Guts,
- Im Falle eines unbeabsichtigten Schadens, der an einem garantierten Gut verursacht wird, die Reparaturkosten inkl. MwSt. dieses Guts oder dessen Kaufpreis inkl. MwSt., wenn diese Kosten über dem Kaufpreis des garantierten Guts liegen oder dieses nicht repariert werden kann.

Soweit der Einbruchdiebstahl oder Diebstahl mit Überfall oder unbeabsichtigte Schaden innerhalb von 90 Tagen nach dem Kaufdatum mit der Karte oder der Lieferung des garantierten Guts eintritt.

Territorialität

Die Versicherungsleistung wird **weltweit** erworben:

- unabhängig vom Ort des Eintretens des Verlusts oder Diebstahls der Karte,
- unabhängig von dem Ort, an dem die betrügerischen Nutzungen durchgeführt werden

Es wird darauf hingewiesen, dass die Entschädigung stets in einem Land der Europäischen Union gezahlt wird.

Maximale Verpflichtung des Versicherers

Die Entschädigung erfolgt bis zu einer Obergrenze von **1.250 €** pro Schadenfall und **2.500 €** pro Kalenderjahr,

Besondere Ausschlüsse

NEBEN DEN GEMEINSAMEN AUSSCHLÜSSEN SIND EBENFALLS AUSGESCHLOSSEN:

- **INNEWOHNENDE MÄNGEL, NORMALER VERSCHLEISS, AUSFALL ODER HERSTELLUNGSFEHLER DES GARANTIERTEN GUTS;**
- **DIE NICHTEINHALTUNG DER NUTZUNGSBEDINGUNGEN DES GARANTIERTEN GUTS, DIE VOM HERSTELLER ODER DEM HÄNDLER DIESES GUTS EMPFOHLEN WERDEN.**

Pflichten des Versicherten im Falle eines Schadenfalls

Unter Androhung des Verfalls muss der Versicherte oder der Inhaber, mit Ausnahme bei zufälligen Ereignissen oder höherer Gewalt, sobald er den unbeabsichtigten Schaden oder den Diebstahl mit Überfall oder Einbruchdiebstahl seines garantierten Guts feststellt:

- im Falle Einbruchdiebstahl oder Diebstahl mit Überfall: so schnell wie möglich Anzeige bei den zuständigen Polizeibehörden erstatten,
- bei Diebstahl mit Überfall: sämtliche Zeugenaussagen (schriftliche, datierte und unterzeichnete Bescheinigung des Zeugen mit Name, Vornamen, Geburtsdatum und -ort, Anschrift und Beruf) und gegebenenfalls ärztliche Bescheinigung erlangen.
- so schnell wie möglich und in jedem Fall unter Beachtung von nachstehendem Abschnitt 1.3 unten „Gemeinsame Bestimmungen für den Versicherungsteil“ eine Schadenmeldung vornehmen.

1.3 – Gemeinsame Bestimmungen – Versicherungsteil

Gemeinsame Ausschlüsse

Sofern nichts anderes vereinbart ist, sind ausgeschlossen:

- **Bürgerkrieg oder Krieg mit Fremdmächten, offenkundige politische Instabilität oder Volksbewegungen, Aufruhren, Terrorismus, Vergeltungen, Beschränkungen des freien Verkehrs von Personen und Waren, Streiks, sofern der Versicherte aktiv daran beteiligt ist,**

der Zerfall des Atomkerns oder jede ionisierende Strahlung oder alle sonstigen Fälle höherer Gewalt,

- Die vorsätzliche oder arglistige Handlung des Versicherten oder seiner Angehörigen (Ehepartner, Verwandter in aufsteigender Linie, Verwandter in absteigender Linie),
- Der Selbstmord oder der versuchte Selbstmord des Versicherten,
- Unfälle, die durch die Einnahme durch den Versicherten von Drogen, Rauschmitteln, Betäubungsmitteln, die nicht ärztlich verordnet wurden, verursacht oder herbeigeführt wurden,
- Unfälle infolge Trunkenheit am Steuer, die durch das Vorhandensein eines Alkoholgehalts im Blut gekennzeichnet sind, der dem zum Zeitpunkt des Unfalls geltenden französischen Gesetz für den Straßenverkehr entspricht oder darüber liegt,
- Die Folgen von Vorkommnissen, die bei der Ausübung des Luftsports oder des Risikosports eingetreten sind, wie Drachenfliegen, Polo, Skeleton, Bobsleigh, Eishockey, Tauchen, Speläologie, Bungeejumping und jedem Sport, der den Einsatz eines Triebfahrzeugs erfordert;
- Die Teilnahme an Wettkämpfen, die eine Lizenz erfordern,
- Die Teilnahme an Wetten, Schlägereien, Raufereien.
- Jeglicher Versicherte oder Begünstigte, der in einer offiziellen, staatlichen oder polizeilichen Datenbank von Personen aufgeführt ist, die nachweislich oder mutmaßlich Terroristen, Drogen- oder Menschenhändler sind oder an dem illegalen Handel mit nuklearen, chemischen oder biologischen Waffen, dem Menschenhandel oder der Piraterie, der Cyberkriminalität, dem organisierten Verbrechen oder der Verletzung der Menschenrechte (mutmaßlich) beteiligt sind.

Meldung von Schadenfällen

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist der Versicherte verpflichtet, alle Schadenfälle, deren Entschädigung er im Rahmen des vorliegenden Vertrags geltend machen könnte, innerhalb von 20 Tagen nach ihrem Eintritt über den folgenden Link zu melden: <https://eu.jotform.com/223121299537356>.

Im Falle der Nichterfüllung dieser Verpflichtung kann der Versicherer gemäß dem frz. Code des assurances die Entschädigung im Verhältnis des Schadens verringern, der ihm durch dieses Versäumnis entstanden ist, es sei denn, der Versicherte rechtfertigt, dass er aufgrund eines zufälligen Ereignisses oder höherer Gewalt nicht in der Lage war, die Meldung innerhalb der gesetzten Frist abzugeben.

Der Versicherte erhält bei ihm einen Fragebogen, der ordnungsgemäß ausgefüllt zurückgesendet werden muss und dem insbesondere Nachweise beiliegen müssen, deren Liste ihm mit dem Fragebogen zugesandt wurde.

In jedem Fall muss der Versicherte folgende Unterlagen vorlegen:

- Bescheinigung über die Gültigkeit der Karte,
- Nachweis der Zahlung mit der Karte,
- Nachweis der Qualität des Versicherten,
- Kontoverbindung,
- Versicherungsvertrag, der den Versicherten für denselben Schadenfall versichert oder eidesstattliche Erklärung des Versicherten, dass er nicht anderweitig für diese Art von Schadenfall versichert ist,

und ganz allgemein alle Unterlagen, die objektiv notwendig sind, damit der Versicherer die Begründetheit des Entschädigungsanspruchs beurteilen kann.

Die Entschädigungen werden nach Eingang der Nachweise beim Versicherer innerhalb von fünfzehn Tagen nach Einigung der Parteien oder der vollstreckbaren gerichtlichen Entscheidung gezahlt.

Jede Zurückhaltung oder absichtliche falsche Erklärung, Unterlassung oder Ungenauigkeit wird auch dann bestraft, wenn sie keinen Einfluss auf den Schadenfall hatte, gemäß den in Artikel L. 113-8 und L.113-9 des frz. Code des assurances vorgesehenen Bedingungen.

Beweislast

Es obliegt dem Versicherten, die Realität der Situation nachzuweisen, wobei jeglicher Antrag, der nicht durch ausreichende Elemente und Informationen belegt wird, um die Wesentlichkeit des Sachverhalts nachzuweisen, abgelehnt werden kann.

Rechtsabtretung

Der Versicherer tritt gemäß Artikel L.121-12 des frz. Code des assurances bis zu der Höhe der von ihm gezahlten Entschädigung oder der von ihm getragenen Kosten in die Rechte und Ansprüche des Versicherten gegen jeden für den Schadenfall Verantwortlichen ein.

Teil 2 – Assistance

Die Versicherungsleistungen werden aufgrund des bloßen Besitzes der Karte erworben.

Achtung:

Den Assistanceanbieter so früh wie möglich und unbedingt vor jeder Aufwandsverpflichtung benachrichtigen.

Um einen Schadenfall zu melden oder für weitere Informationen:

Lesen Sie den Abschnitt „Versicherung“ auf der Qonto-Website

2.1 – Gemeinsame Begriffsbestimmungen- Assistanceteil

Zum richtigen Verständnis dessen, was folgen wird, werden sämtliche Begriffe, die im Text dieses „Teil 2 – Assistance“ unterstrichen werden, nachfolgend definiert:

Assistanceanbieter

Die vom Versicherer beauftragte Assistancegesellschaft.

Versicherter

Die folgenden Personen, deren Zustand oder Situation die Intervention des Assistanceanbieters erfordert, gelten als versichert, unabhängig davon, ob sie zusammen oder getrennt reisen:

- der Inhaber,
- sein Ehepartner,
- ihre ledigen Kinder und Enkel im Alter von unter 25 Jahren, die zu Steuerzwecken von mindestens einem ihrer Eltern abhängig sind (im Falle der Adoption gilt der Leistungsanspruch ab dem Zeitpunkt der Umschrift des Adoptionsurteils in die Register des französischen Standesamts),
- ihre zu Steuerzwecken abhängigen Verwandten in aufsteigender Linie.

Karte

Die vom Versicherungsnehmer ausgestellte „Mastercard Business PLUS“, der die Versicherungsleistungen zugewiesen sind.

Jeder Inhaber, der mehrere Business „MasterCard“-Karten besitzt, profitiert jedoch sowohl für sich selbst als auch für die anderen Versicherten de facto von den umfassendsten Versicherungsleistungen, unabhängig von der für die Zahlung verwendeten Karte.

Dies gilt ebenfalls für die dynamische virtuelle Karte, die die mit der Karte, mit der sie verknüpft ist, verbundenen Versicherungsleistungen in keiner Weise verändert.

Wird eine Leistung durch den Inhaber einer „MasterCard“-Karte für Rechnung anderer Inhaber einer Business „MasterCard“-Karte bezahlt, so gelten für diese die Versicherungsleistungen der Karte, deren Inhaber sie sind.

Ehepartner

Der Ehepartner ist entweder:

- der nicht vom Inhaber getrennte oder faktisch getrennte und nicht geschiedenen Ehegatte,
- die Person, die mit dem Inhaber in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft lebt,

- die Person, die mit dem Inhaber eines gültigen PACS (Pacte Civil de Solidarité – anerkannte eheähnliche Lebensgemeinschaft) abgeschlossen hat.

Der Nachweis der eheähnlichen Lebensgemeinschaft wird durch eine Bescheinigung über ein offenkundiges eheähnliches Verhältnis vor dem Datum des Schadenfalls oder andernfalls durch Steuerbescheide mit derselben Adresse oder anderen beweiskräftigen Rechnungen auf beide Namen vor dem Datum des Schadenfalls erbracht.

Der Nachweis des PACS (Pacte Civil de Solidarité – anerkannte eheähnliche Lebensgemeinschaft) wird durch die Geburtsurkunde, die den PACS bestätigt und vor dem Datum des Schadenfalls ausgestellt wurde, erbracht.

Höhere Gewalt

Als höhere Gewalt ein unvorhersehbares, unabwendbares und äußeres Ereignis, das die Erfüllung des Vertrags gemäß Artikel 1218 des frz. Code civil absolut unmöglich macht, wie dies für gewöhnlich durch Artikel 1218 des frz. Code anerkannt wird.

Wohnsitz

Der Wohnsitz ist der Steuerwohnsitz des Versicherten in einem Land der Europäischen Union, Monaco und den französischen Überseegebieten, zum Zeitpunkt des Assistanceantrags.

Familienangehöriger

Als Familienangehöriger des Versicherten gelten der Ehepartner, die Kinder, die Enkel, die Geschwister, der Vater, die Mutter, die Stiefeltern und die Großeltern.

Versicherungsträger

Als Versicherungsträger gelten die grundlegenden Sozialversicherungsträger und Krankenzusatzversicherungsträger, denen der Versicherte entweder als Hauptversicherter oder als Anspruchsberechtigter untersteht.

Wohnsitzland

Das Wohnsitzland ist das Land, in dem sich der Wohnsitz befindet.

Schadenfall

Das Eintreten einer Schadensereignisses, das die Anwendung einer Versicherungsleistung des vorliegenden Informationsblatts zur Folge haben könnte.

Das Datum des Schadens ist das Datum, an dem das Schadensereignis auftritt, d. h. dasjenige, das die Ursache des Schadens darstellt.

Dritter

Jede andere Person als:

- der Inhaber und sein Ehepartner,
- ihre Verwandten in aufsteigender und absteigender Linie,
- die vom Versicherten in der Ausübung ihrer Funktion bezahlten oder nicht bezahlten Angestellten.

Inhaber

Die natürliche Person, die Inhaber der Karte ist.

Primärtransport

Der Transport zwischen dem Ort des Schadenfalls zu der nächstgelegenen medizinischen Einrichtung oder dem nächstgelegenen Krankenhaus und die eventuelle Rückkehr zum Ort des Aufenthalts.

2.2 – Sonderbestimmungen – Assistanceteil

Gegenstand der Versicherungsleistungen

Unter den nachstehend beschriebenen Bedingungen soll der Vertrag dem Versicherten während **der ersten 90 Tage** einer privaten oder beruflichen Reise Assistancleistungen nach den folgenden Ereignissen garantieren, die zum Zeitpunkt der Abreise ungewiss bleiben müssen:

- Körperverletzung infolge von Krankheit oder Unfall,
- Tod,
- Krankenhausaufenthalt oder Tod eines Familienangehörigen,
- Gerichtsverfahren im Ausland,
- Diebstahl oder Verlust bestimmter persönlicher oder beruflicher Habseligkeiten im Ausland.

Schadenmeldung: Wie können Sie die Assistance in Anspruch nehmen?

Um die im Vertrag vorgesehenen Leistungen in Anspruch zu nehmen, muss der Versicherte zwingend:

- Den Assistanceanbieter kontaktieren, sobald er von einem Ereignis Kenntnis erlangt hat, das die Durchführung einer Leistung zur Folge haben könnte.
- Die Nachweise übermitteln, die der Assistanceanbieter für notwendig hält, um den Anspruch auf die Assistancleistungen zu beurteilen. Andernfalls wird der Assistanceanbieter die Umsetzung der Leistungen ablehnen und die bereits angefallenen Kosten weiterbelasten
- Den Ärzten des Assistanceanbieters den freien Zugriff auf die ihn betreffenden medizinischen Daten ermöglichen.
- Sicherstellen, dass nur genaue Angaben gemacht werden.
- Sich an die Lösungen zu halten, die der Assistanceanbieter empfiehlt.

Sehr wichtig

Die nachfolgend beschriebenen Assistancleistungen sind der ausschließlichen Verwaltung durch den Assistanceanbieter vorbehalten, der die Kosten für die von ihm betrauten Dienstleister direkt begleichen wird. In Ausnahmefällen, wenn die Umstände dies erfordern, kann der Assistanceanbieter dem Versicherten gestatten, eine Leistung vollständig oder teilweise zu bezahlen. In diesem Fall werden lediglich die mit der ausdrücklichen und vorherigen Zustimmung des Assistanceanbieters getragenen Kosten gegen Vorlage der Originalbelege und im Rahmen der Kosten, die vom Assistanceanbieter für die Umsetzung dieser Leistung getragenen worden wären, erstattet.

Die unzureichende medizinische Ausrüstung, die Zugangsschwierigkeiten, die erheblichen Fristen für die Intervention in bestimmten Regionen machen die Assistance besonders schwierig und müssen den Versicherten zur Vorsicht veranlassen. So dürfen insbesondere ältere Versicherte (70 Jahre und älter) oder die von kleinen Kindern (unter 12 Jahre) oder unter chronischen Störungen oder Risikofaktoren leidenden Personen begleitet werden, sich nicht in diese Regionen begeben, in denen die Behandlung in Erwartung der Intervention des Assistanceanbieters eventuell nicht gewährleistet werden kann.

In keinem Fall kann der Assistanceanbieter die lokalen Notfalldienste ersetzen.

Anwendungsbedingungen: territorialer Umfang der Assistanceleistungen

Die Assistanceleistungen gelten außerhalb des Wohnsitzes:

- während der ersten 90 Tage einer privaten oder beruflichen Reise,
- weltweit mit Ausnahme der folgenden Länder: **Nordkorea, Kuba, Iran, Sudan, Syrien, die Krim-Region, die Volksrepublik Donezk oder die Volksrepublik Lugansk.**
- Bestimmte Leistungen unterliegen territorialen Beschränkungen, die in der Darstellung der betreffenden Leistungen aufgeführt sind.

2.3 – Art der Leistungen – Assistanceteil

Versicherungsleistung „Krankheit – Unfall“

Körperverletzung infolge von Krankheit oder Unfall

Im Falle einer Krankheit oder eines Unfalls des Versicherten werden die Ärzte des Assistanceanbieters:

- sich mit dem örtlichen Arzt, der den Versicherten untersucht hat, in Verbindung setzen,
- sämtliche notwendigen Informationen beim örtlichen Arzt und eventuell beim Hausarzt des Versicherten einholen.

Ausgehend von diesen Informationen entscheiden die Ärzte des Assistanceanbieters, allein auf der Grundlage des medizinischen Interesses des Versicherten und der Einhaltung der geltenden Gesundheitsvorschriften, entweder:

- die Beförderung des Versicherten zu seinem Wohnsitz oder zu einer geeigneten Krankenhausstelle in der Nähe seines Wohnsitzes auszulösen und zu organisieren.
- den Versicherten in einem Krankenhaus oder einem Pflegezentrum in der Nähe des Ortes, an dem er sich befindet, einzuliefern, bevor eine Rückkehr in eine in der Nähe seines Wohnsitzes gelegene Einrichtung in Betracht gezogen wird.

Der medizinische Dienst des Assistanceanbieters kann die Suche eines Platzes in einem medizinisch geeigneten Dienst vornehmen.

Die Informationen der lokalen Ärzte oder des üblichen Hausarztes, die von wesentlicher Bedeutung sein können, helfen den Ärzten des Assistanceanbieters, die Entscheidung zu treffen, die am besten geeignet erscheint.

In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich vereinbart, dass die endgültige Entscheidung, die im medizinischen Interesse des Versicherten umzusetzen ist, letztlich ausschließlich den Ärzten des Assistanceanbieters obliegt.

Im Übrigen entbindet der Versicherte, sollte er sich weigern, der von den Ärzten des Assistanceanbieters als am besten geeigneten Entscheidung Folge zu leisten, den Assistanceanbieter ausdrücklich von jeglicher Haftung, insbesondere im Falle der Rückkehr mit eigenen Mitteln oder im Falle einer Verschlimmerung seines Gesundheitszustands.

Transfer oder Rücktransport des Versicherten

Wenn der Gesundheitszustand des Versicherten unter den zuvor genannten Bedingungen dazu führt, dass seine Ärzte sich für den Transfer oder den Rücktransport des Versicherten entscheiden, organisiert und übernimmt der Assistanceanbieter den Transport des Versicherten.

Dieser Transport erfolgt mit allen geeigneten Mitteln (Taxi, leichtes Sanitärfahrzeug, Krankenwagen, Zug 1. Klasse, Linienflugzeug in Economy Class, Sanitätsflugzeug usw.), falls erforderlich unter ärztlicher Aufsicht.

Bei der Wahl des für diesen Transport verwendeten Mittels werden lediglich das medizinische Interesse des Versicherten und die Einhaltung der geltenden Gesundheitsvorschriften berücksichtigt.

Diese Leistung wird niemals für leichte Erkrankungen oder Verletzungen durchgeführt, die vor Ort behandelt werden können und die den Versicherten nicht daran hindern, seine Reise oder seinen Aufenthalt fortzusetzen.

Rücktransport eines begleitenden Versicherten

Wenn ein Versicherter unter den vorstehend im Absatz „Transfer oder Rücktransport des Versicherten“ definierten Bedingungen befördert wird, organisiert und übernimmt der Assistanceanbieter die Beförderung eines anderen Versicherten, der mit ihm reist, bis zum Ort des Krankenhausaufenthalts oder zum Wohnsitz des Versicherten mit sämtlichen geeigneten Mitteln (Taxi, leichtes Sanitärfahrzeug, Krankenwagen, Zug 1. Klasse, Linienflugzeug in Economy Class, Sanitätsflugzeug usw.).

Die vorliegende Leistung ist auf eine Person beschränkt. Wenn der beförderte Versicherte jedoch von mehr als einem Versicherten begleitet wird, kann der Assistanceanbieter den Transport der anderen Versicherten zusammen oder einzeln organisieren. Die Kosten für diesen Transport werden vom Assistanceanbieter nicht übernommen.

Begleitung von Kindern im Alter von unter 15 Jahren

Wenn ein Versicherter, der auf Reisen ist, krank ist oder sich verletzt, nicht in der Lage ist, sich um seine Kinder im Alter unter 15 Jahren zu kümmern, die ihn begleiten, organisiert und übernimmt der Assistanceanbieter, nach Stellungnahme der lokalen Ärzte oder seiner eigenen Ärzte, die Hin- und Rückreise (vom Wohnsitz) mit dem Zug 1. Klasse oder Linienflug in Economy Class einer vom Versicherten oder der Familie des Versicherten gewählten Person, um die Kinder während ihrer Rückkehr zu ihrem Wohnsitz zu begleiten.

Der Assistanceanbieter kann auch eine Hostess beauftragen, die Kinder bis zu ihrem Wohnsitz zu begleiten.

Die Kosten für die Unterkunft, die Mahlzeiten und Getränke der vom Versicherten oder der Familie des Versicherten gewählten Person, um die Kinder zurückzubringen, gehen zu Lasten des Versicherten. Die Tickets der zuvor genannten Kinder gehen ebenfalls zu Lasten des Versicherten.

Besuch eines Angehörigen im Falle eines Krankenhausaufenthalts

Wenn der Versicherte alleine reist und die Familienangehörigen, die ihn begleiten, nicht in der Lage sind, ihn im Krankenhaus zu besuchen, während er am Ort seiner Krankheit oder seines Unfalls im Krankenhaus ist und die Ärzte des Assistanceanbieters keine Beförderung vor 10 Tagen empfehlen (wenn es sich um ein Kind im Alter von unter 15 Jahren oder um einen Versicherten in einem Zustand handelt, in dem laut den Ärzten des Assistanceanbieters Lebensgefahr besteht, wird keine Selbstbeteiligung in Bezug auf die Dauer des Krankenhausaufenthalts angewandt), organisiert und übernimmt der Assistanceanbieter:

- die Hin- und Rückreise (vom Wohnsitz) mit Zug 1. Klasse oder Linienflugzeug in Economy Class einer vom Versicherten oder einem Familienangehörigen gewählten Person, um sich zu seinem Bett zu begeben:
- seinen Aufenthalt im Hotel (ausschließlich Zimmer und Frühstück) am Ort des Krankenhausaufenthalts, solange der Versicherte im sich im Krankenhaus aufhält, bis zu einem Höchstbetrag von **250 €** pro Nacht und **10 Nächten**. Wenn die sich im Krankenhaus aufhaltende Versicherte über diese letzte Grenze hinaus noch nicht transportiert werden kann, wird die Verlängerung des Aufenthalts bis zu **750 €** übernommen.

Diese Leistung kann nicht mit der Leistung „Rücktransport eines begleitenden Versicherten“ kombiniert werden.

Entsendung eines Ersatzmitarbeiters ins Ausland

Wenn die berufliche Mission des Versicherten im Ausland aufgrund eines durch den Assistanceanbieter organisierten medizinischen Rücktransports oder einen Krankenhausaufenthalt von mehr als 10 Tagen unterbrochen wird, organisiert und übernimmt der Assistanceanbieter den Transport (Flug in Economy Class oder Zug 1. Klasse) eines Ersatzmitarbeiters, der in einem Land der Europäischen Union ansässig ist und vom Arbeitgeber benannt wird (nur bei einer Aufgabe mit einer Dauer von mehr als 3 Tagen).

Medizinische Kosten im Ausland (außerhalb Frankreichs und des Wohnsitzlands)

Diese Leistung betrifft ausschließlich Versicherte, die einem Versicherungsträger angeschlossen sind.

Wenn medizinische Kosten mit seinem vorherigen Einverständnis getragen wurden, erstattet der Assistanceanbieter dem Versicherten den Teil dieser Kosten, der nicht von den Versicherungsträgern übernommen wurde: Der Assistanceanbieter tritt erst ein, wenn die Rückerstattungen durch die zuvor genannten Versicherungsträger vorgenommen wurden, abzüglich einer **absoluten Selbstbeteiligung von 75 €** pro Fall und vorbehaltlich der Übermittlung der originalen Rückerstattungsnachweise des Versicherungsträgers des Versicherten.

Diese Rückerstattung deckt die nachstehend definierten Kosten ab, sofern sie sich auf Behandlungen beziehen, die ein Versicherter außerhalb Frankreichs und seines Wohnsitzlandes infolge einer Krankheit oder eines Unfalls, die bzw. der außerhalb seines Wohnsitzlandes eingetreten ist, erhalten hat.

In diesem Fall erstattet der Assistanceanbieter den Betrag der bis zu einem Höchstbetrag von **155.000 €** pro Versicherter pro Ereignis und Jahr getragenen Kosten.

In dem Fall, dass der Versicherungsträger, dem der Versicherte Beiträge zahlt, die getragenen medizinischen Kosten nicht übernimmt, erstattet der Assistanceanbieter die im Rahmen des zuvor genannten Betrags getragenen Kosten, vorbehaltlich der Übermittlung der originalen Rechnungen über die medizinischen Kosten und der Bescheinigung der Nichtübernahme durch den Versicherungsträger durch den Versicherten.

Diese Leistung endet mit dem Tag, an dem der Assistanceanbieter in der Lage ist, den Rücktransport des Versicherten vorzunehmen.

Art der erstattungsfähigen Kosten (vorbehaltlich der vorherigen Zustimmung):

- Arzthonorare,
- Kosten für von einem Arzt oder einem Chirurgen verordnete Medikamente,

- Krankenwagenkosten, die von einem Arzt für den Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus verordnet werden, und dies nur bei Ablehnung der Übernahme durch die Versicherungsträger,
- Krankenhauskosten unter der Voraussetzung, dass der Versicherte durch Entscheidung der Ärzte des Assistanceanbieters als nicht transportierbar angesehen wird, nachdem die Informationen beim lokalen Arzt eingeholt wurden (die ab dem Tag getragenen Krankenhauskosten, an dem der Assistanceanbieter in der Lage ist, den Rücktransport des Versicherten vorzunehmen, werden nicht übernommen),
- Zahnarztkosten (begrenzt auf **155 €** ohne Selbstbeteiligung und pro Ereignis)

Leistungserweiterung: Vorschuss der Kosten für Krankenhausaufenthalte im Ausland (außerhalb Frankreichs und des Wohnsitzlands)

Der Assistanceanbieter kann im Rahmen der vorstehend vorgesehenen Übernahmebeträge die Krankenhauskosten, die außerhalb Frankreichs und seines Wohnsitzlandes vom Versicherten getragen werden, zu den folgenden kumulativen Bedingungen im Voraus vornehmen:

- die Ärzte des Assistanceanbieters müssen nach Einholung der Informationen beim lokalen Arzt feststellen, dass es unmöglich ist, den Versicherten in sein Wohnsitzland in unmittelbarer Zukunft zurückzuführen.
- die Behandlung, auf die der Vorschuss angewendet wird, muss in Absprache mit den Ärzten des Assistanceanbieters verordnet werden.
- der Versicherte oder jede von ihm bevollmächtigte Person muss sich formell durch die Unterzeichnung eines spezifischen Dokuments verpflichten, das vom Assistanceanbieter bei der Umsetzung der vorliegenden Leistung bereitgestellt wird:
 - die Schritte zur Übernahme der Kosten bei den Versicherungsträgern innerhalb von 15 Tagen ab dem Datum des Versands der für diese Formalitäten notwendigen Elemente durch den Assistanceanbieter einzuleiten,
 - die Rückerstattungen an den Assistanceanbieter der in diesem Zusammenhang von den Versicherungsträgern erhaltenen Summen in der Woche nach Erhalt dieser Summen vorzunehmen.

Die Kosten, die nicht von den Versicherungsträgern übernommen werden, werden ausschließlich zulasten des Assistanceanbieters bleiben und im Rahmen der Höhe der Übernahme, die für die Leistung „medizinische Kosten im Ausland“ vorgesehen sind. Der Versicherte muss dem Assistanceanbieter die Bescheinigung der Nichtübernahme dieser Versicherungsträger innerhalb der Woche nach ihrem Eingang übermitteln.

Wenn die Übernahmen bei den Versicherungsträgern nicht innerhalb der Fristen eingeleitet wurde oder in Ermangelung einer Vorlage der Bescheinigung der Nichtübernahme dieser Versicherungsträger innerhalb der Fristen, kann der Versicherte in keinem Fall die Leistung „medizinische Kosten im Ausland“ in Anspruch nehmen und muss die vom Assistanceanbieter im Voraus bezahlten Krankenhauskosten vollständig zurückerstatten, der gegebenenfalls alle zweckdienlichen Inkassoverfahren einleiten wird, deren Kosten von dem Versicherten getragen werden.

Ersatzfahrer

Wenn ein Versicherter bei einer Reise in einem der nachstehend genannten Länder krank oder verletzt wird und sein Fahrzeug nicht mehr fahren und keiner der Passagiere ihn ersetzen kann, stellt der Assistanceanbieter dem Versicherten einen Fahrer zur Verfügung, um das Fahrzeug über die direkteste Strecke an seinen Wohnsitz zurückzubringen.

Der Assistanceanbieter übernimmt die Reisekosten und das Gehalt des Fahrers. Die Kosten für Kraftstoff, Maut, Hotel- und Verpflegung für eventuelle Passagiere werden vom Versicherten getragen.

Der Fahrer ist verpflichtet, die Arbeitsgesetzgebung einzuhalten, und insbesondere muss er – laut der aktuellen französischen Vorschriften – 45 Minuten nach 4,5 Stunden Fahrtzeit Pause machen, wobei die tägliche Gesamtfahrzeit 9 Stunden nicht überschreiten darf.

Wenn das Fahrzeug des Versicherten älter als 8 Jahre ist oder einen Kilometerstand von mehr als 150.000 km aufweist oder wenn sein Zustand oder seine Ladung nicht den im frz. Code de la route festgelegten Normen entspricht, muss der Versicherte dies dem Assistanceanbieter mitteilen, der sich dann das Recht vorbehält, keinen Fahrer zu entsenden.

In diesem Fall und als Ersatz für die Bereitstellung eines Fahrers stellt bereit und übernimmt der Assistanceanbieter ein Zugticket 1. Klasse oder ein Flugticket in Economy Class, damit eine vom Versicherten beauftragte Person das Fahrzeug abholen kann.

Diese Leistung gilt nur in den folgenden Ländern: Frankreich (außer französische Überseegebiete), Monaco, Andorra, Spanien, Portugal, Griechenland, Italien, Schweiz, Liechtenstein, Österreich, Deutschland, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Vereinigtes Königreich, Irland, Dänemark, Norwegen, Schweden, Finnland, Island.

Übermittlung von dringenden Nachrichten aus dem Ausland

Wenn der Versicherte außerhalb seines Wohnsitzlandes reist, kann der Assistanceanbieter die Übermittlung von dringenden Mitteilungen an seinen Arbeitgeber oder einen Familienangehörigen oder seinen Arbeitgeber übernehmen, wenn der Versicherte diese nicht selbst übermitteln kann.

Versicherungsleistung „Tod“

Rücktransport des Leichnams

Wenn ein Versicherter während einer Reise verstirbt, organisiert und übernimmt der Assistanceanbieter den Rücktransport des Leichnams.

Wenn die Bestattung in seinem Wohnsitzland stattfindet, übernimmt der Assistanceanbieter:

- die Kosten für den Transport des Leichnams zum Ort der Bestattung in der Nähe seines Wohnsitzes,
- die Kosten für die Konservierung gemäß den geltenden Rechtsvorschriften,
- die Kosten, die unmittelbar durch den Transport des Leichnams (Fortbewegung, transportspezifische Ausstattung, Aufbereitung) entstehen.

Alle sonstigen Kosten gehen zu Lasten der Familie des Versicherten.

Wenn die Bestattung außerhalb des Wohnsitzlandes stattfindet, organisiert der Assistanceanbieter den Rücktransport des Leichnams bis zum nächstgelegenen internationalen Flughafen am Ort der Bestattung und übernimmt die Kosten **in Höhe des Betrags, der aufgewandt worden wäre, um den Leichnam zum Wohnsitz zurückzuführen.**

Rücktransport eines Begleiters

Wenn der Leichnam eines Versicherten unter den zuvor definierten Bedingungen transportiert wird, organisiert und übernimmt der Assistanceanbieter die Beförderung eines anderen Versicherten, der mit ihm reist, mit allen geeigneten Mitteln (Taxi, leichtes Sanitärfahrzeug, Krankenwagen, Zug 1. Klasse, Linienflug in Economy Class) bis zum Ort der Bestattung in der Nähe des Wohnsitzes oder bis zum nächstgelegenen internationalen Flughafen am Ort der Bestattung, wenn die Bestattung

außerhalb des Wohnsitzlandes stattfindet. **Im letzteren Fall ist die Übernahme auf den Betrag beschränkt, der für die Beförderung des Begleiters bis zum Wohnsitz entstanden wäre.**

Die vorliegende Leistung ist auf **eine Person beschränkt**. Wenn der verstorbene Versicherte jedoch von mehr als einem Versicherten begleitet wurde, kann der Assistanceanbieter den Transport der anderen Versicherten zusammen oder einzeln organisieren. **Die Kosten für diesen Transport werden vom Assistanceanbieter nicht übernommen.**

Versicherungsleistung „Krankenhausaufenthalt oder Tod eines Familienangehörigen“

Vorzeitige Rückreise im Falle eines Krankenhausaufenthalts eines Familienangehörigen

Wenn der Versicherte auf Reisen den ungeplanten Krankenhausaufenthalt und für mehr als 24 aufeinanderfolgende Stunden eines Familienangehörigen, der im selben Land wie er ansässig ist, erfährt, organisiert und übernimmt der Assistanceanbieter seine Rückreise, damit er sich zum Krankenhaus und Bett des Familienangehörigen begeben kann.

Diese Übernahme ist auf einen Versicherten pro Karte beschränkt. Der Assistanceanbieter übernimmt die Hin- und Rückreise dieses Versicherten per Zug 1. Klasse oder Linienflug in Economy Class.

Der Assistanceanbieter behält sich das Recht vor, eine Bescheinigung des Krankenhausaufenthalts des Familienangehörigen oder eine Erbbescheinigung zu verlangen.

Vorzeitige Rückreise im Todesfall eines Familienangehörigen

Wenn der Versicherte auf Reisen den Tod eines Familienangehörigen, der im selben Land wie er ansässig ist, erfährt, organisiert und übernimmt der Assistanceanbieter seine Rückreise, damit er der Bestattung in der Nähe des Wohnsitzes beiwohnen kann.

Diese Leistung ist pro Karte beschränkt auf:

- die Übernahme der Hin- und Rückreise eines Versicherten,
- die Übernahme der Hinreise von zwei gemeinsam reisenden Versicherten per Zug 1. Klasse oder Linienflug in Economy Class.

Der Assistanceanbieter behält sich das Recht vor, eine Sterbeurkunde des Familienangehörigen oder eine Erbbescheinigung zu verlangen.

Versicherungsleistung „Gerichtsverfahren im Ausland“

Rechtsbeistand im Ausland

Wenn gegen den Versicherten aufgrund eines nicht vorsätzlichen Verstoßes gegen die lokale Gesetzgebung, die außerhalb seines Wohnsitzlandes und im Rahmen seines Privatlebens eingetreten ist, ein Gerichtsverfahren eingeleitet wurde:

- Der Assistanceanbieter bezahlt im Voraus, gegen Vorlage einer Kautions- oder Unterzeichnung einer Schuldanererkennung, die Strafkautions, wenn sie von den lokalen Justizbehörden verlangt wird, **in Höhe von bis zu 15.500 € inkl. MwSt.** Wenn die Strafkautions inzwischen von den Behörden des Landes an den Versicherten zurückgezahlt wird, muss der Versicherte sie sofort an den Assistanceanbieter zurückgeben.

DER ASSISTANCEANBIETER TRITT NICHT FÜR DIE KAUTIONEN EIN, DIE INFOLGE EINES VERKEHRsunFALLS VERLANGT WERDEN, DER DIREKT ODER INDIREKT DURCH EINEN VERSTOB GEGEN DEN FRZ. CODE DE LA ROUTE, TRUNKENHEIT AM STEUER ODER VORSÄTZLICHES VERSCHULDEN VERURSACHT WURDE,

- Der Assistanceanbieter übernimmt die Anwaltskosten in Höhe von **8.000 € inkl. MwSt.** und zahlt diese im Voraus, gegen Vorlage einer KautiOn oder Unterzeichnung einer Schuldanererkennung **in Höhe von bis zu 15.500 € inkl. MwSt.**

Rückzahlung:

Der Versicherte verpflichtet sich, die im Voraus gezahlten Beträge innerhalb von 2 Monaten ab dem Datum des Versands der Rechnung zurückzuzahlen.

Nach Ablauf dieser Frist von 2 Monaten behält sich der Assistanceanbieter das Recht vor, alle nützlichen Inkassoverfahren einzuleiten.

Versicherungsleistung „Diebstahl oder Verlust bestimmter persönlicher oder beruflicher Habseligkeiten im Ausland“

Versand von Medikamenten ins Ausland

Wenn dem Versicherten während der Reise außerhalb seines Wohnsitzlandes Medikamente, die für seine Gesundheit unentbehrlich sind, verloren gehen oder gestohlen werden, übernimmt der Assistanceanbieter die Suche und die Beförderung dieser Medikamente, falls diese Medikamente oder ihre von den Ärzten des Assistanceanbieters empfohlenen Äquivalente vor Ort nicht gefunden werden können (vorbehaltlich des Erhalts der Kontaktdaten seines Hausarztes durch den Versicherten).

Der Assistanceanbieter übernimmt den Versand der Medikamente mit den schnellsten Mitteln, vorbehaltlich der lokalen und französischen gesetzlichen Zwänge, und berechnet dem Versicherten erneut die Zölle und die Kosten für den Kauf der Medikamente.

Versand von Brillen oder Hörgeräten ins Ausland

Wenn der Versicherte sich die Brillen, die Kontaktlinsen oder die Hörgeräte, die er normalerweise trägt, nach dem Diebstahl oder dem Verlust dieser bei einer Reise außerhalb seines Wohnsitzlandes nicht besorgen kann, kümmert sich der Assistanceanbieter um ihren Versand an ihn mit den am besten geeigneten Mitteln.

Der vom Versicherten gestellte Antrag muss per E-Mail, per Fax oder Einschreiben übermittelt werden und die vollständigen Eigenschaften seiner Brille (Glasart, Fassung), seiner Linsen oder Hörgeräte sehr genau angeben.

Der Assistanceanbieter kontaktiert den Augenarzt oder den üblichen Techniker des Versicherten, um ein Rezept zu erhalten. Der Preis für die Anfertigung der neuen Brille, der Linsen oder der Hörgeräte wird dem Versicherten mitgeteilt, der seine Zustimmung schriftlich erteilen muss und sich dann verpflichtet, den Rechnungsbetrag vor ihrem Versand zu begleichen.

Andernfalls kann der Assistanceanbieter nicht verpflichtet sein, die Leistung zu erbringen.

Der Assistanceanbieter übernimmt den Versand der neuen Brille, der Linsen oder der Hörgeräte mit den schnellsten Mitteln, vorbehaltlich der lokalen und französischen gesetzlichen Zwänge, und berechnet dem Versicherten erneut die Zölle und die Kosten für die Anfertigung.

Der Assistanceanbieter übernimmt keine Haftung, wenn die Brille, die Linsen oder die Hörgeräte aus Gründen, die außerhalb seines Einflussbereichs liegen (Fristen für die Herstellung oder ein sonstiger Fall höherer Gewalt), nicht am vorgesehenen Datum ankommen.

Zustellung von Akten oder beruflichen Gegenständen ins Ausland

Wenn einem Versicherten auf Reisen außerhalb seines Wohnsitzlandes seine Akten oder beruflichen Gegenstände gestohlen werden oder verloren gehen, kümmert der Assistanceanbieter sich bei der benannten Person um die Kopien der zuvor genannten Akten Ersatzgegenstände, um sie an den Begünstigten weiterzuleiten. Der Assistanceanbieter übernimmt keinerlei Haftung für die Art und den Inhalt der transportierten Dokumente.

Die Transport-, Zoll- und sonstigen Versandkosten gehen zu Lasten des Arbeitgebers oder des Versicherten, der dem Assistanceanbieter die eventuellen Formalitäten für den Export angeben muss. **Auf keinen Fall darf das Gesamtgewicht der zu versendenden Dokumente oder Gegenstände 5 kg inklusive Verpackung überschreiten.**

Die Sendungen, deren Organisation vom Assistanceanbieter vorgenommen wird, unterliegen den verschiedenen französischen und ausländischen Zollgesetzen. Der Assistanceanbieter übernimmt keine Haftung, wenn die Akten aus Gründen, die außerhalb seines Einflussbereichs liegen (Streik, Kriegshandlungen oder ein sonstiger Fall höherer Gewalt), nicht am vorgesehenen Datum ankommen.

2.4 – Gemeinsame Ausschlüsse – Assistanceteil

1. ES WERDEN KEINE ASSISTANCELEISTUNGEN DURCHFÜHRT:

a. IN DEN LÄNDERN:

- MIT BÜRGERKRIEG ODER EINEM KRIEG MIT FREMDMÄCHTEN,
- MIT BEKANNTER POLITISCHER INSTABILITÄT,
- VOLKSBEWEGUNGEN, UNRUHEN, TERRORISMUS, REPRESSALIEN ODER BESCHRÄNKUNGEN DES FREIEN PERSONEN- UND WARENVERKEHRS ERLEIDEND,
- FÜR JEDE BELIEBIGE REISE ÜBER ODER NACH NORDKOREA, KUBA, IRAN, SUDAN, SYRIEN, DIE KRIM-REGION, DIE VOLKSREPUBLIK DONEZK ODER DIE VOLKSREPUBLIK;

b. BEI EINER REISE:

- ZU MEDIZINISCHEN DIAGNOSE- ODER BEHANDLUNGSZWECKEN,
- IM ZUSAMMENHANG MIT MILITÄRISCHEN ODER POLIZEILICHEN AKTIVITÄTEN;

c. BEI ANTRÄGEN AUFGRUND EINER KÖRPERVERLETZUNG ODER EINES TODES AUFGRUND VON:

- EINER VORSÄTZLICHEN ODER ARGLISTIGEN HANDLUNG SEITENS DES VERSICHERTEN ODER EINES DER FAMILIENANGEHÖRIGEN UND DEREN FOLGEN, WIE IN ARTIKEL L. 113-1 DES FRZ. CODE DES ASSURANCES BESCHRIEBEN,
- DEM ZERFALL DES ATOMKERNS,
- DER VERWENDUNG VON KRIEGSFahrZEUGEN ODER SCHUSSWAFFEN,
- DER AUSÜBUNG EINES LUFTSPORTS ODER RISIKOSPORTS: DRACHENFLIEGEN, POLO, SKELETON, BOBSLEIGH, EISHOCKEY, TAUCHEN, SPELÄOLOGIE, BUNGEEJUMPING UND JEDEM SPORT, DER DEN EINSATZ EINES TRIEBFAHRZEUGS ERFORDERT;
- DER TEILNAHME AN WETTKÄMPFEN, DIE EINE LIZENZ ERFORDERN,
- STREIK ODER AUSSPERRUNGEN,
- DER TEILNAHME AN WETTEN, SCHLÄGEREIEN, RAUFEREIEN,
- NICHT ALS NOTFALL EINZUSTUFENDEN GESUNDHEITZUSTÄNDEN,
- CHIRURGISCHEN EINGRIFFEN, GESUNDHEITZUSTÄNDEN VOR DEM REISEANTRITT, RÜCKFÄLLE ODER KOMPLIKATIONEN UND BEHANDELTEN ERKRANKUNGEN, DIE VOR DER REISE NOCH NICHT KONSOLIDIERT SIND (MÖGLICHKEIT, EINEN NACHWEIS ÜBER DAS DATUM DER ABREISE ZU VERLANGEN),
- VORKOMMNISSEN UND KOMPLIKATIONEN IN VERBINDUNG MIT EINER SCHWANGERSCHAFT, WENN DER VERSICHERTE VOR DEM ABREISETAG VON EINER ÜBER DER NORMALITÄT LIEGENDEN WAHRSCHEINLICHKEIT IHRES EINTRITTS KENNTNIS HATTE,
- EINER SCHWANGERSCHAFT ODER GEBURT ÜBER DEN ERSTEN TAG DES 7. MONATS HINAUS,

- DER FRÜHGEBURT,
- EINEM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH ODER EINER KÜNSTLICHEN BEFRUCHTUNG SOWIE DEREN KOMPLIKATIONEN,
- MENTALEN, PSYCHISCHEN ODER NERVÖSEN ERKRANKUNGEN (EINSCHLIEßLICH NERVÖSE DEPRESSIONEN),
- DER VERWENDUNG VON ARZNEIMITTELN, DROGEN, RAUSCHMITTELN, BERUHIGUNGSMITTELN ODER PRODUKTEN, DIE NICHT ÄRZTLICH VERSCHRIEBEN WERDEN, DURCH DEN BEGÜNSTIGTEN;
- EINEM ALKOHOLISIERTEN ZUSTAND, DER DURCH DAS VORHANDENSEIN EINES ALKOHOLGEHALTS IM BLUT GEKENNZEICHNET IST, DER DEM ZUM ZEITPUNKT DES UNFALLS GELTENDEN FRANZÖSISCHEN GESETZ FÜR DEN STRAßENVERKEHR ENTSPRICHT ODER DARÜBER LIEGT,
- EINEM SELBSTMORD ODER SELBSTMORDVERSUCH.

2. WERDEN NIEMALS ÜBERNOMMEN:

- KOSTEN, DIE IM VERTRAG NICHT AUSDRÜCKLICH VORGESEHEN SIND,
- KOSTEN, DIE NICHT DURCH ORIGINALDOKUMENTE BELEGT SIND,
- KOSTEN FÜR EINE KONSULTATION UND AUGENCHIRURGIE, ES SEI DENN, SIE SIND DIE DIREKTE FOLGE EINES VERSICHERTEN EREIGNISSES,
- KOSTEN FÜR BRILLEN ODER KONTAKTLINSEN UND GANZ ALLGEMEIN DIE KOSTEN FÜR OPTISCHE AUSRÜSTUNG,
- KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE GERÄTE, ORTHESEN UND PROTHESEN,
- KOSTEN FÜR KUREN JEDLICHER ART,
- ÄSTHETISCHE BEHANDLUNGEN,
- KOSTEN FÜR DEN AUFENTHALT IN ERHOLUNGS-, REHABILITATIONS- UND ENTZUGSHEIMEN,
- KOSTEN FÜR REHABILITATION, PHYSIOTHERAPIE, CHIROPRAKTIK,
- KOSTEN FÜR DEN KAUF VON IMPFSTOFFEN UND DIE IMPFKOSTEN,
- KOSTEN FÜR GESUNDHEITSCHECKS UND MEDIZINISCHE BEHANDLUNGEN, DIE IN FRANKREICH ODER DEM WOHNSITZLAND VERORDNET WURDEN,
- KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE ODER PARAMEDIZINISCHE DIENSTLEISTUNGEN UND FÜR DEN ERWERB VON PRODUKTEN, DEREN THERAPEUTISCHE EIGENSCHAFTEN NACH FRANZÖSISCHEM RECHT NICHT ANERKANNT SIND,
- KOSTEN FÜR DEN ENDGÜLTIGEN SARG,
- RESTAURANTKOSTEN,
- KOSTEN IM ZUSAMMENHANG MIT ÜBERGEPÄCK BEIM RÜCKTRANSPORT MIT EINEM LINIENFLUGZEUG,
- ZOLLGEBÜHREN,
- KOSTEN FÜR DIE STORNIERUNG ODER UNTERBRECHUNG DES AUFENTHALTS,
- KOSTEN FÜR DIE SUCHE UND RETTUNG VON PERSONEN IN DEN BERGEN, AUF SEE, IN DER WÜSTE ODER AN EINEM ANDEREN UNZUGÄNGLICHEN ORT,
- KOSTEN FÜR DIE ERSTE HILFE ODER DEN PRIMÄRTRANSPORT.

2.5 – Allgemeine Bestimmungen – Assistanceteil

Außergewöhnliche Umstände

Der Assistanceanbieter verpflichtet sich, alle verfügbaren Mittel in Bezug auf die Assistance einzusetzen. Der Assistanceanbieter kann jedoch im Falle der Nichtverfügbarkeit dieser Mittel oder ihres Nichtvorhandenseins im geografischen Gebiet des Einsatzantrags nicht haftbar gemacht werden.

Der Assistanceanbieter übernimmt keine Garantie für die Erbringung der Dienstleistungen und kann nicht in Fällen von höherer Gewalt haftbar gemacht werden, wie sie normalerweise von der Rechtsprechung der französischen Gerichte anerkannt wird.

Abholung von Fahrausweisen

Wenn ein Transport organisiert und übernommen wird, verpflichtet sich der Versicherte entweder:

- dem Assistanceanbieter die Möglichkeit zu geben, den von ihm für seine Rückkehr gehaltene Fahrausweis zu verwenden,
- oder dem Assistanceanbieter die Beträge zurückzugeben, deren Erstattung er bei der ausstellenden Stelle dieses Fahrausweises erhalten würde.

Rechtsabtretung

Der Assistanceanbieter tritt per Wortlaut von Artikel L.121-12 des frz. Code des assurances bis zu der Höhe der von ihm gezahlten Beträge in die Rechte und Ansprüche des Versicherten gegen jeden für den Schadenfall Verantwortlichen ein.

Teil 3 – Gemeinsame Bestimmungen – Versicherung und Assistance

Diese gemeinsamen Bestimmungen gelten für sämtliche Versicherungsleistungen des Vertrags.

Zum richtigen Verständnis dessen, was folgen wird, beziehen sich sämtliche Begriffe, die im Text dieses Teil 3 „Gemeinsame Bestimmungen“ unterstrichen werden, auf die Definitionen in Teil 1 „Versicherungen“ und Teil 2 „Assistance“.

Information – Änderungen des Vertrags

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, dem Inhaber das vorliegende Informationsblatt beim Abschluss der Karte zurückzugeben.

Sämtliche vom Versicherer und dem Versicherungsnehmer am vorliegenden Informationsblatt vorgenommenen Änderungen sind gegenüber den Versicherten wirksam, sofern der Versicherungsnehmer mindestens drei Monate vor ihrem geplanten Inkrafttreten über sämtliche Mittel in Kenntnis gesetzt wurde.

Kumulierung der Versicherungsleistungen

Gemäß Artikel L.121-4 des frz. Code des assurances muss jede versicherte Person, der bei mehreren Versicherern mit mehreren Policen für dieselben Belangen gegen ein und dasselbe Risiko versichert ist, unverzüglich jedem Versicherer die anderen Versicherer mitteilen. Der Versicherte muss bei dieser Mitteilung den Namen des Versicherers, bei dem eine andere Versicherung abgeschlossen wurde, und die versicherte Summe angeben.

Verjährungsfrist

Gemäß den Bestimmungen der Artikel L. 114-1 ff. des frz. Code des assurances verjähren sämtliche Ansprüche, die sich aus einem Versicherungsvertrag ergeben, zwei nach dem Ereignis, das sie auslöst. Ausnahmsweise verjähren Ansprüche, die sich aus einem Versicherungsvertrag für Schäden ergeben, die aus Bodenbewegungen infolge von Trockenheit/Rehydratation der Böden resultieren, die unter den in Artikel L. 125-1 des frz. Code des assurances vorgesehenen Bedingungen als Naturkatastrophe anerkannt sind, fünf Jahre nach dem Ereignis, das sie auslöst.

Diese Frist läuft jedoch erst:

- im Falle der Zurückhaltung, Unterlassung, falschen oder unrichtigen Angabe des eingegangenen Risikos an dem Tag, an dem der Versicherer davon Kenntnis erlangt hat;
- im Falle eines Schadenfalls erst an dem Tag, an dem die Betroffenen davon Kenntnis erlangt haben, wenn sie beweisen, dass sie bisher nicht in seiner Kenntnis waren.

Wenn der Anspruch des Versicherten gegen den Versicherer auf das Rechtsmittel eines Dritten zurückzuführen ist, läuft die Verjährungsfrist erst an dem Tag, an dem dieser Dritte gegen den Versicherte Person Klage erhoben hat oder von diesem entschädigt wurde.

Die Verjährung wird in den Personenunfallversicherungsverträgen auf zehn Jahre verlängert, wenn die Begünstigten die Rechtsnachfolger des verstorbenen Versicherten sind.

Die Verjährung wird unterbrochen:

- durch einen der gewöhnlichen Gründe für die Unterbrechung der Verjährung, also:
 - o sämtliche Klagen, einschließlich im Eilverfahren, jegliche Anordnung, Beschlagnahme oder Schutzmaßnahme oder Zwangsvollstreckung, die der Person zugestellt wird, die man an der Verjährung hindern will, gemäß den Artikeln 2241 bis 2244 des frz. Code civil;
 - o jegliche eindeutige Anerkennung durch den Versicherer des Rechts des Versicherten oder jegliche Schuldanerkennung des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer gemäß Artikel 2240 des frz. Code civil;
 - o jegliche Klage oder Zwangsvollstreckung gegen einen gesamtschuldnerischen Schuldner, jede Anerkennung durch den Versicherer des Rechts des Versicherten oder jede Schuldanerkennung eines der gesamtschuldnerischen Schuldner unterbricht die Verjährung gegenüber allen Mitschuldern und ihren Erben gemäß Artikel 2245 des frz. Code civil;
- sowie in den folgenden Fällen gemäß Artikel L. 114-2 des frz. Code des assurances:
 - o jegliche Bestellung eines Gutachters nach einem Schadenfall;
 - o jeglicher Versand eines Einschreibens oder eines elektronischen Einschreibens mit Rückschein durch:
 - den Versicherer an den Versicherungsnehmer wegen Nichtzahlung der Prämie;
 - den Versicherten an den Versicherer zur Zahlung der Entschädigung.

Abweichend von Artikel 2254 des frz. Code civil und gemäß Artikel L. 114-3 des frz. Code des assurances dürfen die Parteien des Versicherungsvertrags, auch im gegenseitigen Einvernehmen, weder die Dauer der Verjährung ändern noch Gründe für die ihre Aussetzung oder Unterbrechung hinzufügen.

Anwendbares Recht

Das vorliegende Informationsblatt, das in französischer Sprache abgefasst ist, wird nach französischem Recht ausgelegt und ausgeführt.

Kontrollstelle des Versicherers

AIG Europe SA, Versicherungsgesellschaft, eingetragen in Luxemburg (HR-Nr. B 218806) mit Sitz in 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxemburg. AIG Europe SA ist vom luxemburgischen Finanzministerium zugelassen und wird vom Commissariat aux Assurances 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg, Tel.: (+352) 22 69 11 - 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu> kontrolliert.

Der Jahresbericht über die Solvenz und die Finanzlage von AIG Europe SA ist erhältlich auf der Website

<http://www.aig.lu>.

Niederlassung für Frankreich Tour CBX, 1 Passerelle des Reflets, 92400 Courbevoie - HR Nanterre 838 136 463. Der Vertrieb von Versicherungsverträgen in Frankreich durch die französische Niederlassung von AIG Europe SA unterliegt den geltenden französischen Vorschriften, unter der Aufsicht der Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. <https://acpr.banque-france.fr/>.

Beschwerde – Schlichter

Beschwerde zu Teil 1 "Versicherung"

Im Falle einer Unzufriedenheit mit Teil 1 "Versicherung" muss der Beschwerdeführer seine Beschwerde an folgende Adresse richten:

Qover SA/NV
Complaint service
31, rue du Commerce
1000 Brussels

email : mediation@qover.com

In der Anfrage ist die Vertragsnummer anzugeben und der Gegenstand der Anfrage zu erläutern.

Eine Empfangsbestätigung innerhalb von zehn (10) Werktagen nach Absendung der Beschwerde und eine Antwort innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Erhalt dieser Anfrage (außer unter besonderen Umständen, über die der Beschwerdeführer informiert wird).

Im Falle einer Ablehnung oder der Weigerung, der Beschwerde ganz oder teilweise stattzugeben, kann der Beschwerdeführer seine Beschwerde bei der französischen Niederlassung des Versicherers einreichen, indem er an die folgende Adresse schreibt:

per Post an:

AIG Europe SA
Service Client
Tour CBX
1 Passerelle des Règles
92913 Paris La Défense Cedex

Die französische Niederlassung des Versicherers verpflichtet sich, den Eingang der Beschwerde innerhalb von 10 (zehn) Werktagen nach Absendung der Beschwerde zu bestätigen und spätestens innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Eingang der Beschwerde bei der französischen Niederlassung des Versicherers eine Antwort zu geben (außer unter besonderen Umständen wird der Beschwerdeführer darüber informiert).

Beschwerde in Bezug auf Teil 2 "Hilfeleistung"

Im Falle einer Unzufriedenheit mit Teil 2 "Assistance" kann der Beschwerdeführer den Versicherer kontaktieren, indem er sich an seinen üblichen Ansprechpartner oder an den "Kundenservice" wendet:

AIG Europe SA
Service Client
Tour CBX
1 Passerelle des Reflets
92913 Paris La Défense Cedex

Die Anfrage muss die Vertragsnummer und den Gegenstand des Vertrags enthalten.

Die französische Niederlassung des Versicherers verpflichtet sich, den Eingang der Beschwerde innerhalb von zehn (10) Werktagen nach Absendung zu bestätigen und innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Eingang dieser Anfrage eine Antwort zu geben, außer unter besonderen Umständen, über die der Beschwerdeführer informiert wird.

Schlichtung und andere Rechtsmittel

Wenn der Beschwerdeführer eine natürliche Person ist, die zu nicht beruflichen Zwecken handelt, kann er 2 (zwei) Monaten nach Absendung der schriftlichen Beschwerde oder wenn die Meinungsverschiedenheit nach der Antwort von Qover oder der französischen Niederlassung des

Versicherers fortbesteht, den französischen Versicherungsmediator unter der folgenden Adresse anrufen: **La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09**, oder durch Ausfüllen des Online-Formulars auf der Website <http://www.mediation-assurance.org> oder per E-Mail an die Adresse le.mediateur@mediation-assurance.org.

Da AIG Europe SA eine luxemburgische Versicherungsgesellschaft ist, kann der Beschwerdeführer auch, wenn die Meinungsverschiedenheit trotz der Antwort des Versicherers fortbesteht oder wenn nach 90 Tagen keine Antwort erfolgt, eine Beschwerde einreichen:

- die Beschwerde an unserem Hauptsitz vorbringen, indem er entweder per Post an : AIG Europe SA "Service Réclamation Niveau Direction", 35D avenue John F. Kennedy, L-1855 Luxemburg, oder per E-Mail an: aigeurope.luxcomplaints@aig.com; oder
- eine der luxemburgischen Ombudsstellen anrufen, deren Kontaktdaten auf der Website der AIG Europe SA unter folgender Adresse zu finden sind: <http://aig.lu>; oder
- einen außergerichtlichen Rechtsbehelf bei der luxemburgischen Versicherungsaufsicht (CAA) einlegen, entweder per Post an die Adresse der CAA, 7 boulevard Joseph II, L-1840 Luxemburg, oder per Fax an die CAA unter +352 22 69 10, oder per E-Mail an reclamation@caa.lu oder online auf der Internetseite der CAA <http://www.caa.lu>.

Keiner der oben genannten gütlichen Rechtsbehelfe beeinträchtigt das Recht der betroffenen Person, ein Gerichtsverfahren einzuleiten.

Die Politik des Versicherers in Bezug auf die Kundenzufriedenheit ist auf der Website des Versicherers unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.aig.com>

Der Beschwerdeführer, der per Internet beigetreten ist, hat auch die Möglichkeit, die Plattform zur Online-Streitbeilegung (OS) der Europäischen Kommission unter folgender Adresse zu nutzen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Schutz personenbezogener Daten

Als Verantwortlicher für die Verarbeitung gemäß der EU-Verordnung 2016/679 zum Schutz personenbezogener Daten verpflichtet sich der Versicherer, die personenbezogenen Daten seiner Kunden, Versicherten und Partner gemäß dieser Verordnung zu schützen. Die vom Versicherer erhobenen personenbezogenen Daten werden zum Zwecke des Abschlusses sowie der Verwaltung von Versicherungsverträgen und Schadenfällen (automatisch oder nicht automatisch) erhoben. Der Versicherer kann ebenfalls die im Rahmen der Verhütung von Kriminalität erhobenen personenbezogenen Daten (insbesondere zur Bekämpfung von Betrug und Geldwäsche) verwenden. Der Versicherer kann die personenbezogenen Daten an die Unternehmen seiner Gruppe, Dienstleister sowie an sonstige Dritte zu diesen Zwecken weitergeben. Die personenbezogenen Daten können ins Ausland übertragen werden, auch in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums. Diese Übertragungen werden durch geeignete, insbesondere vertragliche Garantien im Einklang mit den geltenden EU-Vorschriften geregelt. Die betroffenen Personen verfügen über bestimmte Rechte in Bezug auf ihre personenbezogenen Daten, insbesondere das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Nutzung, Widerspruch, Löschung oder Übertragbarkeit. Weitere Informationen über die Verwendung der personenbezogenen Daten durch den Versicherer und die Rechte der betroffenen Personen sind unter <http://www.aigassurance.fr/protection-des-donneespersonnelles> einsehbar.

Jede betroffene Person kann ihre Rechte ausüben, indem sie schreibt an: AIG Service Conformité, Tour CBX, 1 Passerelle des Reflets, 92400 Courbevoie oder per E-Mail an donneespersonnelles.fr@aig.com. Ein Exemplar der Richtlinie des Versicherers zum Schutz personenbezogener Daten kann per Schreiben wie zuvor beschrieben erhalten werden. Jede betroffene Person kann durch einfaches Schreiben, wie zuvor beschrieben, Widerspruch gegen die Verwendung ihrer personenbezogenen Daten zu Werbezwecken einlegen.

Sanktionsklausel

Der Versicherer nimmt keinerlei Zahlung vor, sollte der Versicherte in einer offiziellen, staatlichen oder polizeilichen Datenbank von Personen aufgeführt sein, die nachweislich oder mutmaßlich Terroristen, Drogen- oder Menschenhändler sind oder an dem illegalen Handel mit nuklearen,

chemischen oder biologischen Waffen, dem Menschenhandel oder der Piraterie, der Cyberkriminalität, dem organisierten Verbrechen oder der Verletzung der Menschenrechte (mutmaßlich) beteiligt sind.

Ferner wird gemäß Artikel 6 des frz. Code civil darauf hingewiesen, dass keine der Versicherungsleistungen des Vertrags Anwendung finden kann, wenn sie ein Risiko zum Gegenstand hätte, dessen Versicherbarkeit der öffentlichen Ordnung zuwiderlaufen würde, oder wenn dem Versicherer ein Verbot der Erbringung eines Versicherungsvertrags oder einer Versicherungsdienstleistung aufgrund von Sanktionen, Beschränkungen, Verboten oder Embargos auferlegt wird, die durch die Gesetze oder Verordnungen der Vereinigten Staaten von Amerika, des Großherzogtums Luxemburg oder eines anderen Staates oder durch Beschlüsse der Vereinten Nationen oder der Europäischen Union vorgeschrieben sind.

Kündigung des Gruppenvertrags

Die Kündigung des Vertrags Nr. 4.091.950-002 durch den Versicherer oder den Versicherungsnehmer aus beliebigem Grund ist gegenüber den Versicherten wirksam und beendet sämtliche Versicherungsleistungen.

Ungeachtet des Vorstehenden verpflichtet sich der Versicherer

- ✓ alle Schadenfälle gemäß Teil 2 „Assistance“ zu verwalten und zu versichern, die vor dem Inkrafttreten der Kündigung des Vertrags Nr. 4.091.950-002 eingetreten sind.
- ✓ alle Schadenfälle gemäß Teil 1 „Versicherungen“ zu verwalten, insofern sie vor dem wirksamen Kündigungsdatum des Vertrags Nr. 4.091.950-002 eingetreten sind.