

A man with dark, curly hair and a light beard is shown from the chest up, looking upwards and to the right. He is wearing a light green t-shirt and a tan safari jacket. He is holding a map in his hands, which is partially visible in the foreground. The background shows the interior of a vehicle and some blurred greenery outside, suggesting a safari setting. The lighting is bright, indicating it's daytime.

WIR
KÜMMERN
UNS ÜBERALL
UM SIE

Worldwide Travel Options
Gültig ab 2016 • USD/EUR/CHF

Bupa 

INHALT

- 4 Warum Bupa Global Travel?
- 7 Bupa Global Travel myCard
- 8 Ihre Deckungsoptionen
- 11 Abschließen der Versicherung
- 12 Verwendung der Versicherung
- 14 Eigener Notfalldienst rund um die Uhr
- 16 Rückerstattungsübersicht
- 19 Allgemeine Versicherungsbedingungen
- 42 Glossar



Wahrscheinlich die beste
Reiseversicherung für Sie
und Ihre Familie

WARUM BUPA GLOBAL TRAVEL?

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

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

Ihr Gesundheitsdienstleister

Bupa Global Travel ist weit mehr als eine Versicherungsgesellschaft: Betrachten Sie uns als Gesundheitsdienstleister mit überzeugendem Leistungsspektrum. Wir betreuen Sie — von dem Moment, an dem Sie sich zwecks Arztbesuch an uns wenden bis zur Zahlung der Rechnungen. Und wir beraten Sie hinsichtlich notwendiger Behandlungen und medizinischer Einrichtungen, denn wir sprechen die ortsübliche Sprache.

Unsere Bupa Global Assistance bietet Ihnen folgende Dienstleistungen an:

- Medizinische Empfehlungen
- Behandlungsberatung
- Koordinierung von Krankenhausaufenthalten und medizinischen Evakuierungen

Die Bupa Global Assistance ist auch per SMS erreichbar unter [+45 42 41 30 00!](tel:+4542413000)

Wir sind Ihr Gesundheitsdienstleister, der Ihnen ein sicheres Gefühl gibt und im Ausland die richtige Behandlung gewährleistet.

Einzigartige Vorteile für Sie*

- Weltweite Deckung
- Unbegrenzte Krankenversicherung
- Deckung für alle Nationalitäten
- Interner Notfalldienst rund um die Uhr
- Freie Wahl von anerkannten Krankenhäusern und Ärzten
- Keine Abzüge/Überschüsse oder Selbstbehalte bei Basisdeckung
- Die meisten gefährlichen Sportarten und Berufe werden abgedeckt
- Deckung für Kriegs- und Krisengebiete
- Optionaler Versicherungsschutz mit Gepäck-, Haftpflicht- und Reiserücktrittsversicherung
- Globale Risiko- und Sicherheitsüberwachung
- Einfach online zu verlängern — auch von unterwegs

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

Mit Annual Travel können Sie Reisen bis zu 1 Monat antreten



Ihre Travel Options

Die Annual Travel Option deckt Reisen bis zu einem Monat während des gesamten Versicherungsjahres ab. Wenn Sie mehr als einen Monat verreisen, können Sie Ihre Versicherungsdeckung ggf. durch Tagesprämienzahlungen verlängern.

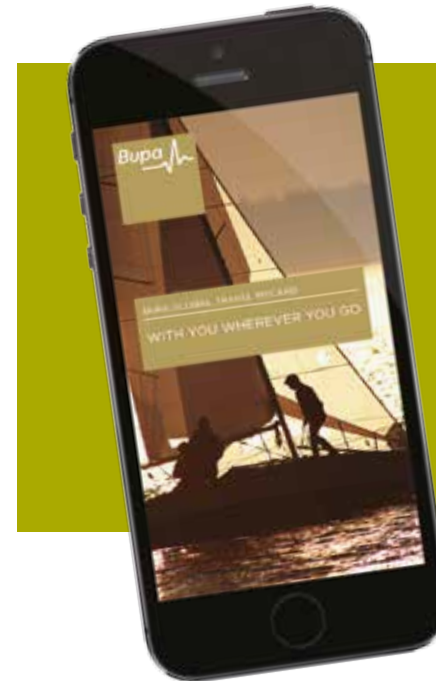
Die Single Trip Option deckt Reisetätigkeiten bis zu einer Länge von 12 Monaten ab. Wenn Ihre Reise länger als angenommen ausfällt, können Sie die Deckung ganz einfach online verlängern.

Unabhängig von der gewählten Option sind Ihre in der Police aufgeführten Kinder (bis 2 J.) kostenlos mitversichert.

BUPA GLOBAL TRAVEL MYCARD

— Kostenlose App für Smartphone und Tablet

Mit der myCard-App haben Sie über Ihr Smartphone und Tablet, egal wo Sie sich befinden jederzeit Zugriff auf Ihre virtuelle Versicherungskarte.



Vorteile der App:

- Virtuelle Versicherungskarte
- Wichtige Informationen für den Arzt bzw. das Krankenhaus in 53 Sprachen stellen eine noch schnellere Aufnahme der Behandlung sicher.
- Direktkontakt zu unserer rund um die Uhr erreichbaren Bupa Global Assistance mit einer einzigen Tastenfunktion.
- Einstellbar auf 6 Sprachen: Dänisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Spanisch und Portugiesisch
- Direktzugriff auf Ihre Broschüren, Versicherungsbedingungen und Antragsformularen

Die App kann für Smartphone und Tablet heruntergeladen werden.

IHRE DECKUNGSOPTIONEN

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

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

BASIS COVER

Diese Option bietet Ihnen die folgenden Leistungen:

- Unbegrenzte Deckung für medizinische Leistungen
- Stationäre Behandlung
- Ambulante Behandlung
- Evakuierung
- Krankenrücktransport
- Überfall und Angriff
- Rücktransport bei Krankheits- oder Todesfall in der Familie
- Begleitung
- Besuch herbeigerufener Verwandte
- Behördliche Maßnahmen im Todesfall
- Rücktransport von Verstorbenen



NON-MEDICAL OPTION

Diese Option bietet Ihnen die folgenden Leistungen:

- Unfall — Tod und Invalidität
- Gepäck — Diebstahl, Verlust oder Beschädigung
- Verspätung von Gepäck
- Diebstahl von Ausweispapieren/ Bargeld
- Privathaftpflicht — Sachschäden
- Privathaftpflicht — Personenschäden
- Reiseverspätung
- Verpasster Anschlussflug
- Krankenhaustagegeld
- Sicherheits- und Rechtsbeihilfe



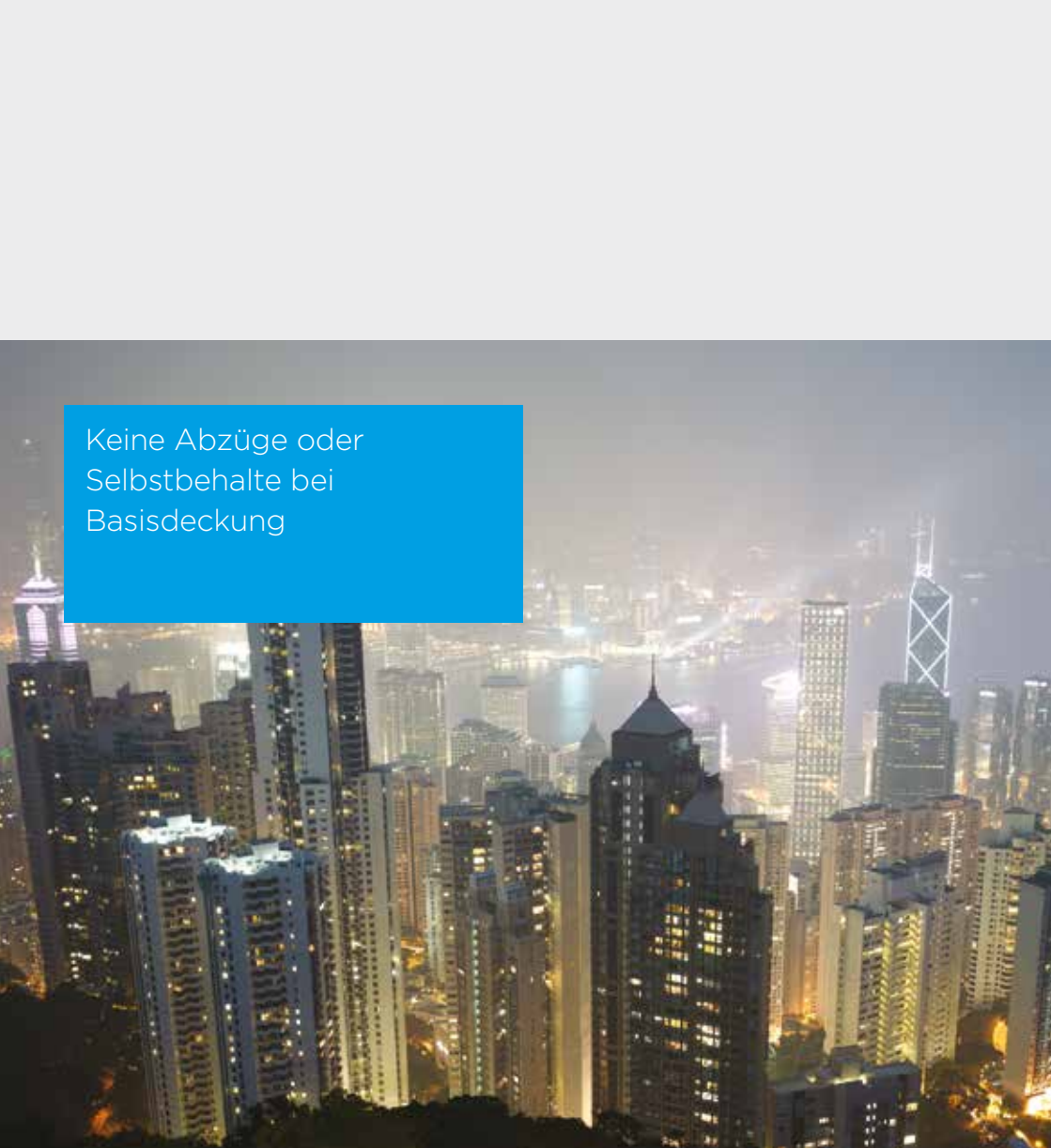
TRIP CANCELLATION OPTION

Diese Option schützt Sie falls Sie aufgrund plötzlicher Erkrankungen, Verletzungen oder durch einen Todesfall nicht reisen können.



Ihre maßgeschneiderten Worldwide Travel Options

Auf den Seiten 16-18 finden Sie eine vollständige Rückerstattungsübersicht.



Keine Abzüge oder
Selbstbehalte bei
Basisdeckung

ABSCHLIESSEN DER VERSICHERUNG

5% ONLINE-RABATT
WWW.IHI.COM

Online

Schließen Sie Ihre Versicherung online auf www.ihl.com ab, und Sie erhalten 5 % Rabatt auf die Prämie.

Ihre Online-Optionen:

- Drucken Ihrer Policendokumente
- Erweitern Ihrer Versicherung
- Einsenden von Ansprüchen
- Einsehen der Anspruchshistorie auf Ihrer persönlichen Website myPage*
- Zahlung Ihrer Prämie
- Neue Dokumente sind online über myPage erhältlich.

Erneuern lohnt sich!

Wenn Sie Ihre Annual Travel-Police erneuern, ist die Erneuerungsprämie 25 % niedriger als des ersten Jahres. Klicken Sie einfach auf "Zahlung der Prämie" unter www.ihl.com — dann ist der Rabatt bereits berücksichtigt.

**Nur mit Jahresreise*

VERWENDUNG DER VERSICHERUNG

Vorerkrankungen

Wenn Sie vor Reiseantritt eine Vorerkrankung haben und die Vorerkrankung in den letzten sechs Monaten vor jedem Reiseantritt stabil war, ist sie in der Regel durch die Versicherung gedeckt. Gemäß Artikel 6.6.

In Zweifelsfällen bieten wir Ihnen auch die Möglichkeit, Ihren Gesundheitszustand vorab prüfen zu lassen.

Dazu schicken Sie einen aktuellen Krankenbericht an Bupa Global Travel. Unsere medizinischen Berater teilen Ihnen dann mit, ob die jeweilige Erkrankung durch die Versicherung gedeckt ist.

Soforthilfe

Bei Krankenhauseinweisungen, medizinischen Evakuierungen, Rücktransporten bei Krankheits- oder Todesfällen in der Familie sowie bei Besuchen herbeigerufener Verwandter oder Begleitpersonen ist Bupa Global Assistance sofort zu benachrichtigen.

Unsere Bupa Global Assistance ist rund um die Uhr geöffnet und folgendermaßen erreichbar:

- SMS: +45 42 41 30 00
- Telefon: +45 70 23 24 61
- E-Mail: emergency@ihi-bupa.com

Bei akuten Erkrankungen und Verletzungen können wir eine Zahlungsgarantie an Krankenhäuser schicken und die Rücktransport sowie andere Hilfsmaßnahmen organisieren.

Rückerstattungsanträge

Ambulante Behandlungen wie Arztbesuche oder Zahnarztbehandlungen werden von Ihnen zunächst selbst bezahlt und können dann zur Erstattung eingereicht werden.

Ein entsprechendes Antragsformular steht auf www.ihl.com zum Download bereit.

Schicken Sie das ausgefüllte Formular entweder an traveleclaim@ihl.com oder mit der regulären Post an unsere Postanschrift.

Machen Sie auf dem Formular möglichst detaillierte Angaben und legen Sie alle relevanten Unterlagen und Belege bei (aufgeschlüsselte Rechnungen, eingescannte Rezepte, Kostenbelege usw.).

Online-Ansprüche

Sie können Ihre Ansprüche online unter www.ihl.com/travelclaim einreichen.

Sie brauchen lediglich das Online-Anspruchsformular Schritt für Schritt auszufüllen und dabei möglichst ausführliche Informationen einzugeben. Vorher müssen Sie Ihre Rechnungen und die entsprechenden Quittungen einscannen und diese dann dem Antragsformular beifügen.

Der Online-Anspruch ist einfach und ein sicheres Verfahren zum Hochladen Ihrer Ansprüche. Nach der Bearbeitung Ihrer Ansprüche erhalten Sie eine Mitteilung per E-Mail oder Brief.

Kinder unter zwei Jahren
sind kostenlos mitversichert



BITTE...

...beachten Sie, dass Ansprüche betreff verspätetes oder verlorenes Gepäck mit der normalen Post einzureichen sind.

Bewahren Sie bitte die Originalrechnungen auf, bis Ihre Forderungen beglichen worden sind, weil Sie diese auf Anfrage vielleicht vorzulegen haben.

EIGENER NOTFALLDIENST RUND UM DIE UHR

Wir sind immer an Ihrer Seite

Unsere eigene notfalldienst Bupa Global Assistance in Kopenhagen hat rund um die Uhr geöffnet. Es garantiert jederzeitige Behandlungsmöglichkeiten, egal wo Sie sich aufhalten.

In der Bupa Global Assistance arbeiten über 70 hochqualifizierte Koordinatoren, Fachkräfte und Ärzte aus unterschiedlichen Kulturen und mit umfassenden Fremdsprachkenntnissen. Sie sind auf Notfallsituationen spezialisiert.

Wir können Sie in über 20 Sprachen unterstützen. Zu unseren Mitarbeitern gehören unter anderem international anerkannte Experten für die Luftfahrtmedizin und die Telemedizin.

Da die Bupa Global Assistance unsere eigene Einrichtung ist, werden Sie immer mit einem Koordinator sprechen, der Ihre Versicherungsdetails kennt und Ihnen sofort helfen kann.

So können Sie sich ganz um eine schnelle Genesung kümmern, während wir für Sie die administrativen und finanziellen Belange regeln.

Globale Risiko- und Sicherheitsüberwachung

Vergewissern Sie sich, dass das Gebiet, in das Sie reisen, sicher ist und informieren Sie sich ggf. über Vorkehrungen.

Wir bieten Ihnen umfassende Risikoberichte und aktuelle Meldungen für mehr als 200 Länder bezüglich nachfolgend genannter Risiken an:

- Kriminalität
- Terrorismus
- Unruhen
- Risikogebiete
- Epidemien

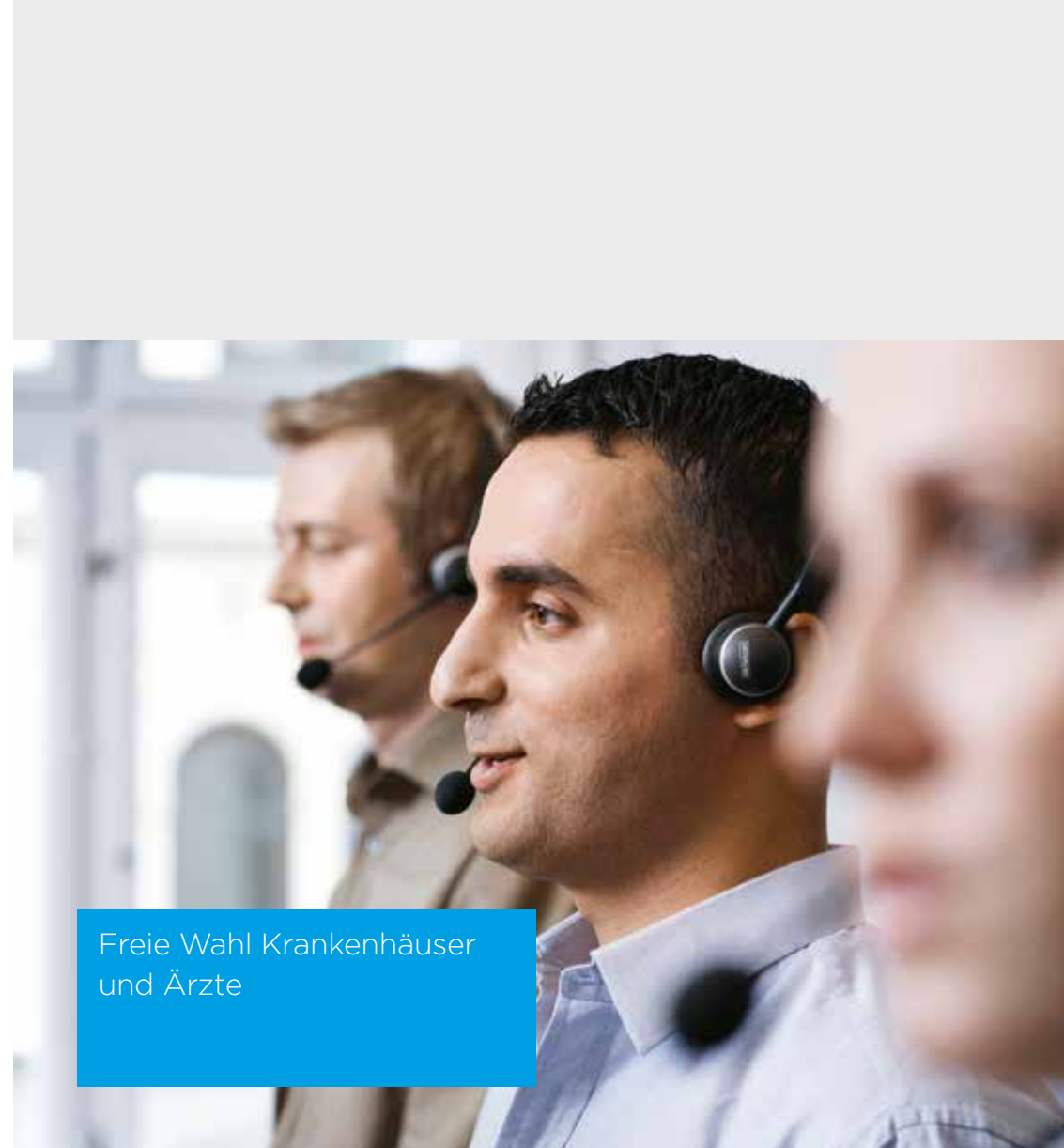
Wenden Sie sich bloss an Bupa Global Assistance, um Aktuelles über Ihr Reisegebiet zu erfahren.

Es ist rund um die Uhr besetzt und kann auf folgende Weise erreicht werden:

- SMS: +45 42 41 30 00
- Telefon: +45 70 23 24 61
- E-Mail: emergency@ihi-bupa.com

IHRE VORTEILE

- Eigener Notfalldienst rund um die Uhr
- Eigene Ärzte und Fachpersonal
- Zahlungsgarantie für Krankenhäuser
- Unterstützung bei der Durchführung medizinischer Evakuierungen
- Vorabgenehmigung
- Medizinische Fachberatung durch eigene Spezialisten
- Behandlungsberatung
- Empfehlung geeigneter Behandlungseinrichtungen
- Telemedizin



Freie Wahl Krankenhäuser
und Ärzte

RÜCKERSTATTUNGSÜBERSICHT

Gültig ab 1. Januar 2016



Die Rückerstattungsübersicht ist Teil der Versicherungsbedingungen.

Maximale Deckung und maximale Leistungen pro Person pro Reise:

Basic Cover	USD	EUR	CHF	GBP
Maximale Leistung pro Person pro Reise	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt
Krankenhausaufenthalt	100%	100%	100%	100%
Ambulante Behandlung durch Allgemein- oder Fachärzte	100%	100%	100%	100%
Ärztlich verschriebene Medikamente	100%	100%	100%	100%
Verordnete Behandlung durch Physiotherapeut/Chiropraktiker	2.500	2.000	3.400	1.375
Provisorische schmerzstillende Zahnbehandlung	300	250	400	165
Ambulanztransport	100%	100%	100%	100%
Medizinische Evakuierung/Krankenrücktransport (muss von der Gesellschaft vorab genehmigt und koordiniert werden)	100%	100%	100%	100%
Überfall und Angriff – Psychologische Hilfe	250 pro Zwischenfall	200 pro Zwischenfall	250 pro Zwischenfall	150 pro Zwischenfall
Evakuierung	100%	100%	100%	100%
Rückreise	100%	100%	100%	100%
Rücktransport bei Krankheits- oder Todesfall in der Familie	100%	100%	100%	100%
Begleitpersonen	100%	100%	100%	100%
Herbeigerufene Verwandten	100%	100%	100%	100%
Unterbringung (Übernachtung), Verpflegung und Transport vor Ort von Versicherten, die Ihre Reise wegen einer akuten Krankheit oder eines Unfalls nicht fortsetzen können, oder herbeigerufenen Personen oder Begleitpersonen, pro Person	6.000 pro Tag 300	5.000 pro Tag 250	8.000 pro Tag 400	3.300 pro Tag 165
Obligatorische Vorkehrungen im Todesfall	100%	100%	100%	100%
Transport des Verstorbenen an den Heimatort	100%	100%	100%	100%
Weiterreise nach Behandlung (muss von der Gesellschaft vorab genehmigt werden)	100%	100%	100%	100%
Sportliche Aktivitäten, einschl. Wintersport – Erstattung der Krankheitskosten*	100%	100%	100%	100%

*siehe jedoch Art. 6 und Art. 23.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Gültig ab 1. Januar 2016

Non-Medical Option	USD	EUR	CHF	GBP
Personenunfall – Tod und Invalidität*	75.000	55.000	83.000	42.000
Versicherungsschutz für Gepäck pro Person und Reise max.	2.000	1.500	2.200	1.100
– Diebstahl, Raub und Feuer	100% der Höchstversicherungssumme für Gepäck			
– Verlust oder Beschädigung von erfasstem Gepäck	100% der Höchstversicherungssumme für Gepäck			
– Diebstahl von Ausweispapieren/Bargeld	10% der Höchstversicherungssumme für Gepäck			
Verspätetes Gepäck	500	350	550	280
Privathaftpflicht – Sachschäden	500.000	360.000	550.000	280.000
Privathaftpflicht – Personenschäden	1.000.000	715.000	1.100.000	550.000
Reiseverspätung - Unterbringung (Übernachtung) und Verpflegung	500 pro Tag 100	350 pro Tag 70	550 pro Tag 110	300 pro Tag 60
Verpasster Anschlussflug	1.000	800	950	650
Krankenhaustagegeld	2.000 pro Tag 50	1.400 pro Tag 35	2.400 pro Tag 60	1.200 pro Tag 30
Kautionszahlungen und rechtliche Unterstützung**	10.000	7.200	11.100	5.500

*siehe jedoch auch Artikel 13.2-5) und 13.2-6)

**10% Selbstbehalt

Trip Cancellation Option	USD	EUR	CHF	GBP
Einzelreise	2.000	1.450	2.200	1.100
Jahresreise – pro Reise	1.500	1.100	1.650	850

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



Gemäss dänischem
Versicherungsvertragsgesetz.

Inhaltsverzeichnis

- Art. 1** Aufnahme in die Versicherung
- Art. 2 Beginn der Versicherung
- Art. 3 Wer wird durch die Versicherung gedeckt?
- Art. 4 Wo wird Versicherungsschutz geboten?
- Art. 5 Was wird durch die Versicherung gedeckt?
- Art. 6 Medizinische Kosten
- Art. 7 Medizinische Evakuierung/Krankenrücktransport
- Art. 8 Überfall und Angriff
- Art. 9** Rückreise
- Art. 10 Rücktransport bei Krankheits-oder Todesfall in der Familie
- Art. 11 Begleitung oder Besuch herbeigerufener Verwandte
- Art. 12 Evakuierung
- Art. 13 Personenunfall
- Art. 14 Gepäck
- Art. 15 Verspätetes Gepäck
- Art. 16 Privathaftpflicht
- Art. 17 Schäden an einer gemieteten Ferienwohnung
- Art. 18 Reiseverspätung
- Art. 19** Verpasster Anschlussflug
- Art. 20 Krankenhaustagegeld
- Art. 21 Kautionszahlungen und rechtliche Unterstützung
- Art. 22 Trip Cancellation Option
- Art. 23 Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung
- Art. 24 Vorgangsweise bei der Anzeige von Leistungsansprüchen
- Art. 25 Deckung durch Dritte
- Art. 26 Prämienzahlung
- Art. 27 Anzeigepflicht
- Art. 28 Abtretung, Kündigung und Ablauf
- Art. 29 Streitigkeiten, Gerichtsstand, etc.

Art. 1

Aufnahme in die Versicherung

1.1: Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (Bupa Denmark, Zweigniederlassung der Bupa Insurance Limited, England), im folgenden die "Gesellschaft" genannt, entscheidet, ob der Abschluss der Versicherung akzeptiert werden kann. Bevor der Versicherungsvertrag abgeschlossen und die Gesellschaft zur Leistungserbringung verpflichtet werden kann, muss der Versicherungsantrag durch die Gesellschaft akzeptiert werden. Die Gesellschaft kann die Versicherung zu besonderen Bedingungen anbieten. In diesem Fall erhält der Versicherte eine Police, in der die Bedingungen aufgeführt sind.

1.2: Der Antragsteller darf zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns das 70. Lebensjahr noch nicht erreicht haben.

1.3: Falls Jahresreise gewählt worden ist, wird die Versicherungsdeckung aufgehoben, wenn der Versicherte das 70. Lebensjahr erreicht hat.

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

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

Art. 2

Beginn der Versicherung

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

2.2: Das Recht des Versicherten auf Begleichung von Leistungsansprüchen tritt mit dem Datum der Abreise von dem Land, in dem der Versicherte seine ständige

Wohnadresse hat, in Kraft und hört bei der Rückkehr in das Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, auf. Wenn die Versicherung und/oder die Zusatzoptionen nach der Abreise von dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, ausgestellt worden sind, dann gibt es eine Warteperiode von drei Tagen, bevor die Versicherung und/oder die Zusatzoptionen in Kraft treten. Im Falle einer schweren Verletzung in Verbindung mit einem Unfall, tritt das Recht auf Begleichung von Leistungsansprüchen jedoch gleichzeitig mit dem Datum des Versicherungsbeginns in Kraft.

2.3: Falls eine Jahresreise gewählt worden ist, ist die Deckung nur für Reisen von einer Dauer von maximal einem Monat gültig, außer wenn extra Reisetage gekauft worden sind. Ein Monat ist als eine Periode von z. B. dem 5. in einem Monat bis zum 4. im folgenden Monat definiert. Die Deckung beginnt immer an dem Tag, an dem der Versicherte sein Wohnsitzland verlässt, und gilt einen Monat. Auch wenn der Versicherte die Versicherung während einer Auslandsreise abschließt, beginnt die einmonatige Deckung am Tage der Abreise des Versicherten aus seinem Wohnsitzland.

2.4: Falls Einzelreise gewählt worden ist, kann die Versicherung selbst bei erweiterter Versicherungsdeckung für eine Versicherungsdauer von höchstens 12 Monaten abgeschlossen werden.

2.5: Die Versicherungsdauer der Einzelreise und der Jahresreise kann nach Verabredung mit der Gesellschaft verlängert werden. Jede Erkrankung oder Verletzung, die innerhalb der früheren Versicherungsperiode aufgetreten ist, Symptome gezeigt hat oder diagnostiziert worden ist, wird jedoch in der Periode der Verlängerung nicht gedeckt.

2.6: Wenn Jahresreise mit extra Reisetagen verlängert wird und diese Verlängerung vor dem Abreisedatum des Versicherten in dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, gekauft wird, hat

der Versicherte eine ununterbrochene Deckung für die ganze Versicherungsperiode.

Art. 3 Wer wird durch die Versicherung gedeckt?

3.1: Die Versicherung bietet der/den in der Versicherungspolice/auf der Versicherungskarte namentlich aufgeführten versicherten Person/en Versicherungsschutz.

3.2: Kinder unter zwei Jahren sind kostenlos mitversichert, unter der Voraussetzung, dass das Kind bei der Gesellschaft in die Police aufgenommen worden ist, dass die versicherte Person/einer der versicherten Personen die Vormundschaft über das Kind besitzt, und dass das Kind seinen Wohnsitz an der gleichen Adresse wie der Versicherte hat, welche die Vormundschaft über das Kind ausübt.

Art. 4 Wo wird Versicherungsschutz geboten?

4.1: Die Versicherung bietet weltweite Deckung, siehe jedoch Art. 23.1-27).

4.2: Kein Versicherungsschutz besteht in dem Land, in dem der Versicherte eine ständige Wohnadresse hat. Das gilt auch dann, wenn die Krankheit bzw. Verletzung im Ausland aufgetreten ist.

Art. 5 Was wird durch die Versicherung gedeckt?

5.1: Die Versicherung bietet Deckung für den Versicherten bei akuter Erkrankung und Verletzung gemäss der Rückerstattungsübersicht auf Seite 16-18.

5.2: Mitreisende Kinder unter 18 Jahren, auf die sich der Versicherungsschutz erstreckt, haben einen Anspruch auf eine angemessene Rückerstattung zusätzlicher Reisekosten; Voraussetzung dafür ist der Rückruf der Eltern des Kindes oder aller mitreisenden Personen, aufgrund eines durch die Versicherung gedeckten Umstandes.

Art. 6 Medizinische Kosten

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

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

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

6.4: Die Kosten provisorischer schmerzstillender zahnmedizinischer Behandlung, wenn unterwegs eine Verletzung oder Infektion, eine verlorene Füllung oder ein abgebrochener Zahn eine sofortige Behandlung durch einen anerkannten Zahnarzt und ärztlich verschriebene Medikamente in Verbindung hiermit, werden höchstens bis zum Betrag von USD 300/EUR 250/CHF 400/GBP 165 pro versicherte Person vergütet.

6.5: Bei plötzlicher, unvorhersehbarer Krankheit und/oder Schwangerschaftskomplikationen bis zum 8. Monat (36. Woche) der Schwangerschaft, jedoch nur bis zum 4. Monat (18. Woche) für den Fall, dass die Schwangerschaft das Resultat einer Fertilitätsbehandlung ist und/oder die Versicherte mehr als ein Kind erwartet, deckt die Versicherung die Ausgaben für ärztliche Versorgung, siehe Art. 23.1 7).

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

1) innerhalb von sechs Monaten vor dem Startdatum der Reise oder, falls Jahresreise gewählt

worden ist, vor jeder Abreise von dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, im Krankenhaus behandelt worden ist,

- 2) innerhalb von sechs Monaten vor dem Startdatum der Reise oder, falls die Jahresreise gewählt worden ist, vor jeder Abreise von dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, von einem Arzt behandelt worden ist (ausgenommen routinemässige Check-ups),
- 3) innerhalb von sechs Monaten vor dem Startdatum der Reise oder, falls die Jahresreise gewählt worden ist, vor jeder Abreise von dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, einer Medikamentenänderung unterzogen wurde,
- 4) keine medizinische Behandlung erhalten hat, Behandlung abgelehnt oder aufgegeben hat, obwohl der Versicherte hätte wissen müssen, dass die Krankheit behandelt hätte werden müssen, oder dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat,
- 5) einen Zustand erreicht hat, in dem jede weitere Behandlung aufgegeben worden ist oder dem eine Behandlung verweigert worden ist,
- 6) auf Behandlung wartet oder an einen anderen Behandlungsort verwiesen worden ist,
- 7) schon verabredete Kontrollen unterlassen hat.

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

6.7: Ärzte, Spezialisten, Zahnärzte usw., welche die Behandlung vornehmen, müssen in dem Land, in

welchem die Behandlung vorgenommen wird, über eine entsprechende Approbation verfügen. Ausserdem gilt, dass die Behandlungsmethode von den Gesundheitsbehörden des betreffenden Landes, in welchem diese vorgenommen wird, anerkannt sein muss. Kosten in Verbindung mit Behandlungsmethoden, die im betreffende Land Anwendung finden, und die von den öffentlichen Gesundheitsbehörden noch nicht anerkannt worden sind, die aber Gegenstand wissenschaftlicher Forschung sind, werden nur dann durch die Versicherung rückerstattet, wenn die Methoden im voraus von den Vertrauensärzten der Gesellschaft anerkannt worden sind.

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

Art. 7 Medizinische Evakuierung/Krankenrücktransport

7.1: Bei Krankentransporten werden bei akuter ernsthafter Erkrankung, schwerer Verletzung oder Tod (vgl. aber Art. 6.6) angemessene zusätzliche Kosten übernommen.

7.2: Die Leistungen werden erbracht, sofern sich der behandelnde Arzt und der Vertrauensarzt der Gesellschaft über die Notwendigkeit des Krankentransports einig sind, und sofern sie sich darüber einigen, ob der Versicherte in das Land, in dem er seine ständige Wohnadresse hat oder an einen anderen angebrachten Behandlungsort überführt werden soll. Bei Uneinigkeit ist die Entscheidung des Vertrauensarztes der Gesellschaft ausschlaggebend.

7.3: Die Gesellschaft kommt nicht für Kosten für medizinische Evakuierung/Krankenrücktransport auf, wenn diese nicht vorab von ihr genehmigt und koordiniert wurden.

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

7.5: Obligatorische Vorkehrungen im Todesfall, wie Einbalsamierung und ein verzinkter Sarg sowie die Kosten für den Rücktransport in das Land, in dem der verstorbene Person seine ständige Wohnadresse hatte, werden übernommen. Die nächsten Angehörigen haben die folgenden Wahlmöglichkeiten:

- 1) Einäscherung der verstorbenen Person und Transport der Urne in das Land, in dem der verstorbene Person seine ständige Wohnadresse hatte, oder
- 2) Transport der verstorbenen Person in das Land, in dem der verstorbene Person seine ständige Wohnadresse hat.

Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf angemessene Zusatzkosten zur separaten Beförderung des Gepäcks des Versicherten bis max. USD 500/EUR 400/CHF 475/GBP 325, wenn dies im Zuge einer/s Evakuierung/Rücktransports erforderlich ist.

Vergütet werden die entstandenen Kosten für zwei herbeigerufene Verwandte oder Mitreisende der verstorbenen Person. Die Kostenrückerstattung für die Rückreise entspricht maximal den angemessenen Zusatzkosten eines Flugtickets in der Economy Class. Die Reisekosten müssen im Voraus von der Gesellschaft genehmigt werden.

7.6: Falls der Versicherte wegen einer akuten Krankheit oder eines Unfalls, die durch die Versicherung gedeckt sind, die Reise nicht fortsetzen kann, werden zusätzliche und angemessene Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Transport vor Ort

gedeckt, bis der Versicherte weiterreisen kann, sowie ein Flugticket der Economyklasse zur Fortsetzung der Reise, vorausgesetzt, dass dies von der Gesellschaft vor der Änderung der Reiseroute akzeptiert wurde. Die Entscheidung des beratenden Arztes der Gesellschaft ist ausschlaggebend für die Festlegung des Zeitpunktes der Weiterreise des Versicherten.

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

Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf angemessene Zusatzkosten zur separaten Beförderung des Gepäcks des Versicherten bis max. USD 500/EUR 400/CHF 475/GBP 325, wenn dies im Zuge einer/s Evakuierung/Rücktransports erforderlich ist.

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

Art.8 Überfall und Angriff

8.1: Die Versicherung deckt Ausgaben für psychologische Beratung im Ausland oder Wohnsitzland ab, sofern die Ereignisse während des Versicherungszeitraums stattgefunden haben. Sätze: max. USD 250/ EUR 200/CHF 250/GBP 150 pro Zwischenfall, wenn vom behandelnden Arzt verschrieben.

8.2: Wenn der behandelnde Arzt und der medizinische Berater der Gesellschaft einen Rücktransport des Versicherten auf Grund einer ernsthaften Verletzung oder eines psychischen Traumas für nötig erachten, deckt die Versicherung angemessene zusätzliche Reisekosten, die maximal einem Flugticket in der Economy Class entsprechen.

Eine Kopie des polizeilichen Protokolls ist zusammen mit dem Antragsformular an die Gesellschaft zu senden.

Art. 9 Rückreise

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

9.2: Das Ereignis, das die Rückreise verursachte, soll durch die Versicherung gedeckt sein, und die Versicherung hat bei der Rückreise immer noch gültig zu sein.

9.3: Die Rückreise hat innerhalb von vier Wochen nach der medizinischen Evakuierung und dem Krankenrücktransport oder nach dem Rücktransport in das Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, aufgrund von Tod oder ernsthafter Erkrankung in der Familie, zu erfolgen.

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

Art. 10 Rücktransport bei Krankheits-oder Todesfall in der Familie

10.1: Die Versicherung deckt in dem Fall, in dem der Versicherte seinen Auslandsaufenthalt vorzeitig abbrechen muss, weil ein naher Verwandter in dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, als Folge einer schweren akuten Krankheit

oder Verletzung, die nach der Abreise des Versicherten eingetroffen ist, ins Krankenhaus eingeliefert wird oder stirbt.

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

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

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

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

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

10.6: Der Versicherte ist berechtigt, bei einem Rücktransport an den Heimatort aufgrund von Tod oder ernsthafter Erkrankung in der Familie von einem Reisebegleiter begleitet zu werden. Die Leistung umfasst zusätzliche Reisekosten maximal entsprechend den Kosten eines Flugtickets in der Economyklasse.

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

Art. 11

Begleitung oder Besuch herbeigerufener Verwandte

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

Bei Uneinigkeit ist die Entscheidung des Vertrauensarztes der Gesellschaft ausschlaggebend. Die Übernahme des mitfühlenden Notfallbesuchs gilt nur für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes des Versicherten.

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

11.3: Die Gesellschaft vergütet zusätzliche Reisekosten, die den Kosten für ein Rückflugticket der Economyklasse pro herbeigerufener Person entsprechend. Darüber hinaus werden höchstens USD 300/EUR 250/CHF 400/GBP 165 pro Tag bis zu einer Höchstgrenze von USD 6.000/EUR 5.000/CHF 8.000/GBP 3.300 für jede herbeigerufene Person in Verbindung mit deren Unterbringung (Übernachtung), Verpflegung und Transportkosten vor Ort gedeckt.

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

Art. 12

Evakuierung

12.1: Die Versicherung bietet Deckung in den folgenden Fällen:

- 1) Offiziell erklärte Epidemien in der Region, in der sich der Versicherte aufhält, wenn das Königliche Dänische Außenministerium, die Dänische Botschaft oder eine vergleichbare Institution innerhalb der EU den Abtransport empfiehlt und diese Situation entstanden ist, nachdem sich der Versicherte in die Region begeben hat;
- 2) Krieg, Bürgerunruhen, Bürgerkrieg, terroristischen Aktivitäten, Kriegerrecht, Revolution oder ähnliche Situationen in der Region, in der sich der Versicherte aufhält, wenn das Königliche Dänische Außenministerium, die Dänische Botschaft oder eine vergleichbare Institution innerhalb der EU den Abtransport empfiehlt und diese Situation entstanden ist, nachdem sich der Versicherte in die Region begeben hat;
- 3) Naturkatastrophen, wenn das Königliche Dänische Außenministerium, eine Dänische Botschaft oder eine vergleichbare Institution innerhalb der EU den Abtransport empfiehlt und diese Situation entstanden ist, nachdem sich der Versicherte in die Region begeben hat.

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

12.3: Wenn der Versicherte aufgrund von aktuellen oder drohenden Kriegshandlungen von den Behörden eines Landes festgehalten wird, bietet die Versicherung für einen Zeitraum von bis zu drei Monaten Deckung angemessener und nachgewiesener zusätzlicher

Kosten für Übernachtung und Verpflegung zuzüglich der Kosten für erforderliche inländische Reisekosten.

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

Art. 13

Personenunfall

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

Die Haftung der Gesellschaft in Verbindung mit einem dieser Unfälle kann unter keinen Umständen den Gesamtbetrag von USD 750.000/EUR 525.000/CHF 830.000/GBP 450.000 für alle versicherten Personen übersteigen, die die Reise entweder gemeinsam oder zum Zweck der gemeinsamen Reise mit dem Versicherungsnehmer gebucht haben. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Anspruch aus einer oder mehreren Versicherungspolice abgeleitet wird.

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

13.2: Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung.

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

- 1) jede Krankheit oder bereits bestehender medizinischer Zustand, auch wenn die Krankheit oder

der Zustand durch den Unfall wiederkehrt oder verschlechtert worden ist,

- 2) jeder Unfall von einer Krankheit verursacht,
- 3) alle verschlimmerten Folgen eines Unfalls wegen eines bereits bestehenden Zustandes oder jede unvorhergesehene nachträglich zugezogene Krankheit,
- 4) alle Folgen von medizinischer Behandlung, die nicht durch einen Unfall hervorgerufen worden sind, der von der Versicherung gedeckt wurde,
- 5) wenn der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht hat, ist die Vergütung im Todesfall auf USD 3.000/EUR 2.500/CHF 4.000/GBP 1.700 begrenzt,
- 6) wenn der Versicherte das 70. Lebensjahr erreicht hat, ist die Vergütung im Todesfall oder Invalidität auf 50% der Versicherungssumme begrenzt.

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

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

Sollte eine Vergütung im Falle von Invalidität als eine Folge eines Unfalls ausbezahlt worden sein, ist der

zahlbare Rückerstattungsbetrag die Differenz zwischen den Leistungen in Verbindung mit einem Todesfall und dem schon bezahlten Betrag.

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

- 1) Verlust eines Glieds soll Verlust durch Abtrennung oder der totale und unersetzbare Verlust des Gebrauchs einer Hand sein oder über dem Handgelenk oder des Fußes an oder über dem Knöchel sein. Vergütung soll zu 50% der Versicherungssumme erfolgen,
- 2) Verlust der Sehkraft soll Verlust der Sehkraft eines Auges oder beider Augen sein, und soll als vollständig und unersetzbar von einem zugelassenen Augenspezialisten bestätigt worden sein und von der Gesellschaft genehmigt worden sein. Im Falle von Verlust der Sehkraft eines Auges, erfolgt die Vergütung zu 25% der Versicherungssumme. Im Falle von Verlust der Sehkraft beider Augen, erfolgt die Vergütung zu 50% der Versicherungssumme,
- 3) Verlust der Extremitäten soll die permanente, physische Abtrennung oder der totale und unersetzbare Verlust des Gebrauchs eines Digitus oder eines Teils hiervon oder eines Ohres, der Nase oder des Geschlechtsorgans oder eines Teils hiervon sein. Die Vergütung erfolgt zu 10% der Versicherungssumme,
- 4) Permanente, totale Invalidität soll Invalidität sein, welche den Versicherten Unvermeidlich und andauernd arbeitsunfähig macht und ihn verhindert jeden Bereich seiner gewöhnlichen Geschäfte oder seiner gewöhnlichen Erwerbstätigkeit für eine Periode von 12 Monaten auszuführen, und am Ende einer solchen Periode

von zwei zugelassenen und von der Gesellschaft genehmigten Ärzten als ohne Hoffnung auf Verbesserung bestätigt ist. Wenn der Versicherte keine Geschäfte oder Erwerbstätigkeit hat, soll die Invalidität ihn sofort und andauernd auf sein Haus begrenzen und ihn verhindern, seine gewöhnlichen Pflichten zu erledigen. Die Vergütung erfolgt zu 100% der Versicherungssumme.

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

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

Art. 14 Gepäck

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

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

Rückerstattungen von persönlichen Gegenständen können nie 50% der Versicherungssumme übersteigen. Die maximale Rückerstattung von Fotogeräten und Schmuck beträgt 25% der Versicherungssumme. Die Versicherungssumme stellt, gemäß der Übersicht über Versicherungsschutz und Leistungen, die maximale Rückerstattung pro Schadensfall dar.

14.2: Es gelten die Deckungsgrenzen, wie sie in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt sind:

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

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

14.3: Die Rückerstattung bei Verlust oder Beschädigung von Wertsachen des Versicherten berechnet sich wie folgt:

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

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

14.5: Jeder Diebstahl oder Raub muss bei der nächsten Polizeidienststelle gemeldet werden. Falls es durch außergewöhnliche Umstände nicht möglich ist die relevante Autorität zu informieren, z. B. wegen unmittelbarer Abreise, ist der Versicherte bei seiner Rückkehr dazu verpflichtet, die Gesellschaft sofort zu informieren. Verlust oder Beschädigung von eingetragenen Gepäckstücken müssen der Fluggesellschaft oder einer anderen zuständigen Einrichtung gemeldet werden. Eine Kopie der Anzeige bei der Polizei oder der Fluggesellschaft, oder einer anderen zuständigen Einrichtung ist zusammen mit der Forderung bei der Gesellschaft einzureichen.

Art. 15 **Verspätetes Gepäck**

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

15.2: Die Rückerstattung erfolgt unter der Voraussetzung, dass der Versicherte:

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

15.3: Die Versicherung deckt keine Kosten für

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

Art. 16 **Privathaftpflicht**

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

- 1) Gesetzlicher Haftpflicht für Personen- oder Sachschäden, die vom Versicherten nach dem geltenden Recht des Landes, in dem die Personen- oder Sachschäden eintreten, verursacht werden,
- 2) Die Kosten für die Bestreitung von Ansprüchen nach Übereinkunft mit der Gesellschaft.

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

- 1) Haftung gemäß Vertrag bzw. vertragliche Haftung zur Abdeckung von u. a. einer gemieteten Ferienwohnung bzw. einem Hotelzimmer und dem Inventar der Ferienwohnung,
- 2) Ansprüche, die sich aus dem Geschäft, dem Anstellungsverhältnis oder der Arbeit des Versicherten herleiten oder damit zusammenhängen,
- 3) Ansprüche, die sich daraus herleiten, dass der Versicherte, sei es auf vertraglicher Basis oder anderweitig, Verpflichtungen eingegangen sind, die umfangreicher sind als die in den gesetzlichen Bestimmungen über die nicht vertragliche Haftpflicht festgelegten,

4) Verlust oder Beschädigung von persönlichem Eigentum, über das der Versicherte als Leihgabe oder zur Lagerung verfügt oder das sich zu Transport-, Verarbeitungs- oder Behandlungszwecken oder aus irgend einem anderen Grund in seinem Besitz oder seiner Obhut befindet.

5) Verlust oder Beschädigung zulasten eines Familienmitglieds, Mitglieds, Mitarbeiters oder Mitreisenden des Versicherten,

6) Verlust oder Beschädigung, die durch Haustiere des Versicherten verursacht werden,

7) Ansprüche, die sich daraus herleiten, dass der Versicherte durch Infektion oder auf andere Weise eine Krankheit auf eine andere Person übertragen hat,

8) Verlust oder Beschädigung, die verursacht werden durch Verwendung eines Kraftfahrzeugs, Wohnwagens oder Anhängers, eines Flugzeugs oder eines Boots von mehr als drei Metern Länge einschließlich des Segels, oder eines Kraftfahrzeugs, eines Wohnwagens oder Anhängers, Flugzeugs oder Boots von weniger als drei Metern Länge einschließlich des Segels, wenn die Leistung des Motors drei PS übersteigt,

9) gesetzliche Haftpflicht für Personenschäden, oder Schäden an Eigentum, die vom Versicherten mutwillig oder durch grobe Fahrlässigkeit verursacht wurden.

10) Ansprüche, die als Folge einer Beteiligung des Versicherten an illegalen Aktivitäten entstanden sind.

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

16.4: Die in der Policentabelle für Personen- und Sachschäden genannte Versicherungssumme bildet

die Obergrenze der Leistungspflicht der Gesellschaft für den einzelnen Versicherungsfall, auch dann, wenn es zu mehreren Verlusten oder Beschädigung kommt und auch dann, wenn mehrere Personen haftbar gemacht werden können, sowie auch dann, wenn eine Deckungspflicht unter einer oder mehrerer mit der Gesellschaft abgeschlossenen Versicherungsverträge gegeben ist.

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

Art. 17 Schäden an einer gemieteten Ferienwohnung

17.1: Wenn der Versicherungsnehmer die Non-Medical Option gewählt hat, deckt die Versicherung Schäden ab, die vom Versicherten in einer gemieteten Ferienwohnung bzw. einem Hotelzimmer verursacht wurden und maximal USD 10.000/EUR 7.000/CHF 11.000/GBP 6.000 kosten. Die Versicherung gilt jedoch nicht für die in den Punkten 16.2 3), 16.2 4), 16.2 6) und 16.2 8) bis 16.2 10) beschriebenen Bedingungen.

Art. 18 Reiseverspätung

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

- 1) wenn die Verspätung eines gebuchten Verkehrsmittels mehr als fünf Stunden beträgt,
- 2) wenn eine gebuchte Verbindung annulliert wurde,
- 3) wenn ein gebuchtes Verkehrsmittel überbucht wurde.

Es ist Aufgabe des Versicherten, gebuchte Hotels/Unterkünfte, Touren und/oder besondere Veranstaltungen usw. zu stornieren. Die Gesellschaft kann in den genannten Fällen nicht für Kosten oder Gebühren für Nichtnutzung verantwortlich gemacht werden.

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

18.3: Die Deckung setzt voraus, dass die Versicherung abgeschlossen wurde, bevor das Transportunternehmen die Verspätung bekanntgab und bevor es anzunehmen ist, dass Sie vom der Verspätung, Annullierung Kenntnis hatten.

Art. 19 Verpasster Anschlussflug

19.1: Die Versicherung deckt die Kosten, wenn der Versicherte aufgrund einer Verspätung ohne Verschulden den Anschlussflug verpasst und er sich daher um eine andere Flugverbindung kümmern muss um den ursprünglichen Reiseplan einzuholen.

Notwendige Zusatzkosten (ein oder mehrere Ersatzflugtickets oder Wechselgebühren) werden bis zu einer Höhe von USD 1.000/EUR 800/CHF 950/GBP 650 pro Reise erstattet.

19.2: Voraussetzung der Deckung für Tickets ist, dass die Tickets mindestens 24 Stunden vor der Abreise gekauft wurden und die Versicherung abgeschlossen wurde, bevor der Versicherungsnehmer von der Verzögerung Kenntnis gehabt haben könnte, die zum Verpassen des Anschlussfluges führte.

19.3: Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung Die Gesellschaft kann in folgenden Fällen nicht zur Kostenerstattung herangezogen werden:

- 1) Wenn der Versicherte die Kosten für das/die Flugticket/s oder Wechselgebühren von anderer Seite zurückfordern kann.
- 2) Wenn der Versicherte keine Nachweise und eine schriftliche Bestätigung für die Verspätung von der Fluggesellschaft vorweisen kann.
- 3) Wenn die Verspätung durch einen Anschlussflug verursacht wird, der die offizielle Minimum Transitzeit und mindestens 3 Stunden, unterschritten hat.
- 4) Wenn der Versicherte eine angebotene Alternative der Beförderungsgesellschaft ablehnt.

Art. 20 Krankenhaustagegeld

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

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

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

Art. 21 Kautionszahlungen und rechtliche Unterstützung

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

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

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

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

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

21.4: Mit Ausnahme der Kautionszahlung nach Art. 21.1 gilt für die Leistung ein Selbstbehalt von 10% der Gesamtkosten, jedoch mindestens USD 500/EUR 350/CHF 550/GBP 280.

21.5: Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung. Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von

Kosten verpflichtet, welche folgende Umstände betreffen oder aus ihnen resultieren:

- 1) Rechtsstreitigkeiten zwischen dem Versicherten und dem Reisebüro, dem Reiseveranstalter oder dem Reisevermittler,
- 2) Rechtsstreitigkeiten, die sich aus Verträgen oder dem Geschäft, dem Anstellungsverhältnis oder der Arbeit des Versicherten herleiten,
- 3) Rechtsstreitigkeiten aus dem Bereich des Familien- und Erbrechts,
- 4) Rechtsstreitigkeiten zwischen dem Versicherten und der Gesellschaft,
- 5) Rechtsstreitigkeiten, die nicht während der versicherten Reise eingetreten sind.
- 6) Rechtsstreitigkeiten wegen Haftpflichtansprüchen im Zusammenhang mit der Nutzung von Kraftfahrzeugen, Flugzeugen oder Booten,
- 7) De-Facto-Entschädigungen, Geldbußen und Zahlung mit Strafcharakter.

Art. 22 Trip Cancellation Option

22.1: Wenn der Versicherungsnehmer die Trip Cancellation Option gewählt hat, Die Versicherung bietet Deckung in den Fällen, in denen der Versicherte die Reise nicht antreten kann, weil:

- 1) der Versicherte oder ein naher Angehöriger verstorben ist, oder schwer erkrankt/verletzt wird, so dass eine stationäre Behandlung erforderlich ist, oder
- 2) der Versicherte in einem ärztlichem Attest für nicht reisetauglich erklärt wird, oder

- 3) der Versicherte auf Grund einer Schwangerschaft nicht geimpft werden kann, oder
- 4) das Königliche Dänische Außenministerium, die Dänische Botschaft oder eine vergleichbare Institution innerhalb der EU von Reisen zur Destination abrät und wenn dieses Ereignis erst nach Abschluss der Versicherung eingetreten ist.

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

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

22.2: Die Versicherung leistet Rückerstattung für Kosten, die dem Versicherten für seine Reise entstanden sind und für die er im Fall eines Rücktritts oder einer Änderung der Reiseroute nach den Geschäftsbedingungen des Reisebüros oder der Fluggesellschaft keine Erstattung beanspruchen kann.

Eine Rückerstattung erfolgt nur, wenn der Versicherte die tatsächlichen Kosten in zufrieden stellender Weise nachweist. Der maximale Rückerstattungsbetrag pro Reise beträgt USD 2.000/EUR 1.450/CHF 2.200/GBP 1.100 (Einzelreise) bzw. USD 1.500/EUR 1.100/CHF 1.650/GBP 850 (Jahresreise).

Es ist Aufgabe des Versicherten, gebuchte Hotels/Unterkünfte, Touren und/oder besondere Veranstaltungen usw. zu stornieren. Die Gesellschaft kann in den genannten Fällen nicht für Kosten oder Gebühren für Nichtnutzung verantwortlich gemacht werden.

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

22.4: Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung.

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

- 1) Wenn die Krankheit, die Verletzung des Eigentums durch Links oder Todesursache, die zu der Stornierung der Reise führt, bereits Symptome hervorgerufen oder vorhanden gewesen war, als der Versicherte die Reise gebucht und/oder bezahlt hatte, und daher der Eintritt des Versicherungsfalls bereits vor Antritt der Reise abgesehen war;
- 2) Wenn der Versicherte sich einer medizinischen Behandlung nicht unterzogen oder diese verweigert oder aufgegeben hat, obwohl der Versicherte hätte wissen müssen, dass die Krankheit behandelt werden musste oder der Zustand sich verschlimmert hat;
- 3) Wenn die stornierte Reise ein Teilarrangement der gesamten versicherten Reise darstellt,
- 4) Wenn die Stornierung auf einer Änderung der Reisepläne, einer Änderung gefasster Beschlüsse, veränderter Bedingungen am Reiseziel, Naturkatastrophen, terroristische Handlungen oder ähnliche Situationen zurückzuführen ist,
- 5) Wenn die Ansprüche an die Reiserücktrittskostenversicherung direkt oder indirekt durch vorsätzliche Handlungen des Versicherten oder aufgrund fahrlässige Handlungen oder Unterlassungen entstanden sind, es sei denn, es ist nachweisbar, dass die Ansprüche hiermit nicht

in Zusammenhang stehen.

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

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

Art. 23 Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung

23.1: Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Kosten verpflichtet, welche folgende Umstände betreffen:

- 1) Krankheiten, Verletzungen, körperliche Gebrechen oder physische Behinderungen sowie Folgen daraus, die bereits vorhanden waren, oder Symptome gezeigt haben, bevor die Versicherung in Kraft getreten ist oder, falls die Jahresreise gewählt worden ist, vor jeder Auslandsreise (vgl. Art. 6.6),
- 2) plastische Chirurgie und Behandlung sowie Folgen hiervon, ausser wenn sie ärztlich verschrieben und von der Gesellschaft genehmigt sind,
- 3) Rekreationsbehandlung,
- 4) Bereits bestehende Zahnkrankheiten und zahnmedizinische Behandlungen, die nicht provisorisch und schmerzstillend sind und bis zur Rückkehr warten können,

- 5) Zahnprothesen, Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräte,
- 6) Geschlechtskrankheiten, AIDS, in Verbindung mit AIDS und HIV-Antikörpern (HIV-positiv) auftretende Krankheiten,
- 7) ärztlicher Beistand in Verbindung mit der Mutterschaft, die nach dem 8. Monat (36. Woche) der Schwangerschaft bzw. für den Fall, dass die Schwangerschaft das Resultat einer Fertilitätsbehandlung ist und/oder die Versicherte mehr als ein Kind erwartet, nach dem 4. Monat (18. Woche). Unter keinen Umständen werden Kontrolluntersuchungen gedeckt,
- 8) Nicht ärztlich verordnete, herbeigeführte Abtreibung,
- 9) die Einnahme von Alkohol, Drogen und Arzneimitteln, es sei dann, dass dokumentiert werden kann, dass die Krankheit, oder der Unfall, in keiner Verbindung damit stehen,
- 10) absichtliche, selbst verursachte körperliche Verletzungen, Selbstmord oder Selbstmordversuche seitens des Versicherungsnehmers,
- 11) Behandlungen durch Naturheilkunde, Naturpräparate und andere alternative Behandlungsmethoden,
- 12) Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen, welche unmittelbar oder mittelbar durch aktive Teilnahme an Krieg, Invasion, Feindsaktivitäten, feindseligen Aktivitäten (unabhängig vom Vorliegen einer Kriegserklärung), Bürgerkrieg, terroristischen Aktivitäten, Rebellionen, Revolution, Aufständen, Bürgerunruhen, militärisch oder widerrechtlich angeeigneter Macht, Kriegsrecht, Aufständen oder Aktivitäten einer rechtlich befugten Autorität oder von Heer, Marine oder Luftwaffe (unabhängig vom Vorliegen einer Kriegserklärung), hervorgehen,
- 13) Nuklearreaktionen und radioaktive Niederschläge,
- 14) Behandlungen, die von einem nicht anerkannten Arzt/einer nicht anerkannten Einrichtung durchgeführt werden (siehe Glossar),
- 15) Epidemien, welche unter staatliche Aufsicht gestellt worden sind,
- 16) Behandlung durch einen Psychologen, es sei denn, dass sie durch einen zugelassenen Arzt in Verbindung mit akuter Linderung verschrieben worden ist,
- 17) Medizinische Untersuchungen, Impfungen und andere vorbeugende Behandlungen,
- 18) Widerstand des Versicherten gegenüber den ihm durch den Vertrauensarzt der Gesellschaft erteilten ärztlichen Anordnungen oder Nichtbefolgung solcher Anordnungen,
- 19) Verweigerung einer medizinischen Evakuierung/ Krankenrücktransport durch den Versicherten (vgl. Art. 6.8),
- 20) Transport, der von der Gesellschaft nicht vorab genehmigt und koordiniert worden ist.
- 21) medizinische Behandlung und Untersuchungen, die warten können, bis der Versicherte wieder zu Hause ist,
- 22) Einzelzimmer im Krankenhaus, ausser wenn es ärztlich verschrieben und von der Gesellschaft genehmigt worden ist,
- 23) jede Behandlung, die nicht notwendig ist oder die sich nicht direkt auf die Diagnosen, die durch die Versicherung gedeckt sind, bezieht,
- 24) aktive Teilnahme an einer Motorsportshow, einem Motorsportrennen oder einer Motorsportkonkurrenz, einschließlich Training jeder Art, Base

Jumping, Gleitschirmfliegen, Drachenfliegen und Bergsteigen, das spezialisierte Bergsteigerausrüstung erfordert,

- 25) eine Krankheit oder Verletzung, die durch die Teilnahme an einer strafbaren Handlung verursacht wurden,
- 26) Such- und Rettungsdienste.
- 27) Expeditionen, Bergsteigen und Trekking in der Antarktis, am Nordpol und auf Grönland,
- 28) Verletzungen, die durch grobe Fahrlässigkeit und/oder durch Vorsatz eingetreten sind.

Art. 24 Vorgangsweise bei der Anzeige von Leistungsansprüchen.

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

Verlangen Sie eine Rückerstattung für Verspätetes Gepäck (Art. 15), so muss der Gesellschaft der originale "Property Irregularity Report" vorgelegt werden, um die Bewertung dieses Leistungsanspruchs vornehmen zu können.

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

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

24.2: Auf keinen Fall wird die Kostenrückerstattung den auf der Rechnung des Leistungsbringers

aufgeführten Gesamtbetrag übersteigen. Sollte der Versicherte durch die Gesellschaft eine höhere Kostenrückerstattung erhalten haben als ihm zusteht, so ist der Versicherte dazu verpflichtet, den übersteigenden Betrag umgehend zurückzuerstatten. Eventuelle spätere Zahlungen der Gesellschaft werden zuerst mit solchen ausstehenden Beträgen verrechnet.

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

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

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

Art. 25 Deckung durch Dritte

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

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

25.3: Falls Rechnungen ganz oder teilweise von einer Ordnung, einem Plan oder ähnliches einer Institution

gedeckt worden sind, haftet die Gesellschaft nicht für den gedeckten Betrag.

25.4: Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet mit der Gesellschaft zusammenzuarbeiten und die Gesellschaft umgehend im Falle einer Rückerstattung oder Klagebefugnis durch Dritte zu benachrichtigen.

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

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

Art. 26 Prämienzahlung

26.1: Die Prämie einschliesslich Erneuerungsprämien für Jahresreise wird durch die Gesellschaft festgelegt und ist im voraus für die gesamte Versicherungsdauer vor dem Datum des Versicherungsbeginns zu bezahlen.

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

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

26.4: Abhängig von der Gesetzgebung im Wohnsitzland können für den Versicherungsnehmer weitere Abgaben anfallen, beispielsweise eine Prämiensteuer oder andere Steuern, Abgaben oder Gebühren. Trifft dies auf die Versicherungsprämie des Versicherungsnehmers zu, so sind diese in der Gesamtsumme enthalten, die laut Prämienrechnung zu zahlen ist. Diese Steuern und Abgaben können vom Datum des Inkrafttretens der Versicherung oder ab dem

Erneuerungsdatum erhoben werden. Der Versicherungsnehmer muss diese Gebühren an uns zahlen, wenn die Prämie überwiesen wird, sofern das Gesetz keine anderen Regelungen vorsieht.

Art. 27 Anzeigepflicht

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

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

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

Art. 28 Abtretung, Beendigung, Kündigung und Ablauf

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

28.2: Falls Jahresreise gewählt wurde, wird die Versicherung bei Ablauf des Versicherungsjahres automatisch erneuert.

Falls Einzelreise gewählt worden ist, gilt die Versicherung genau für die Anzahl Tage, für die der Versicherungsnehmer gezahlt hat. Eine Einzelreiseversicherung wird nicht automatisch erneuert.

28.3: Wenn ein Versicherungsnehmer eine Reiseversicherung mit einem Versicherungszeitraum von über einem Monat abgeschlossen hat, besteht ein Widerrufsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsantrag innerhalb von 14 Tagen widerrufen . Der Widerrufszeitraum beginnt mit dem Datum, an dem der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat. Dies ist normalerweise das Datum, an dem der Versicherungsnehmer die Versicherung erworben und die Versicherungsdokumente erhalten hat.

Nach dem dänischen Versicherungsvertragsgesetz ist der Versicherungsnehmer dazu berechtigt, bestimmte Informationen über das Recht, die Versicherung zu kündigen, und Informationen über die Versicherung zu erhalten. Die Kündigungsfrist beginnt nicht, bevor der Versicherungsnehmer diese Informationen schriftlich erhalten hat (z.B. auf Papier oder durch E-Mail).

Wenn, zum Beispiel der Versicherungsnehmer die Versicherungsdokumente und auch die oben genannten Informationen am Montag, dem ersten erhalten hat, kann er/sie die Versicherung bis einschließlich Montag den fünfzehnten kündigen. Falls die Periode an einem

Feiertag, Samstag oder Sonntag endet, kann der Versicherungsnehmer bis zum nächsten Tag warten.

Wenn die Versicherung bereits vor dem Widerruf in Kraft getreten ist, wird dem Versicherungsnehmer die Versicherungsdauer in Rechnung gestellt. Die Gesellschaft wird die Differenz zwischen der Prämie, die für die kürzere Deckungsperiode zu zahlen ist und der bezahlten Prämie zurückerstatten.

Wenn der Versicherungsnehmer die Versicherung widerrufen möchte, dann ist dies der Gesellschaft per Brief oder E-Mail schriftlich mitzuteilen. Unsere Kontaktdaten finden sich am Ende dieses Faltblattes. Es genügt, dass der Brief/E-Mail vor dem Ablauf der Kündigungsperiode an die Gesellschaft versandt wurde.

28.4: Die Versicherung kann mit Wirkung zum Ende eines Kalendermonats unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen durch ein schriftlichen Antrag durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden oder die Gesellschaft kann die Versicherung mit Frist von einem Monat zum Erneuerungsdatum schriftlich kündigen.

28.4.1: Falls eine Jahresreiseversicherung durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird, bevor sie für 12 Monate gültig gewesen ist, ist die Gesellschaft zu einer Verwaltungsgebühr von USD 100/EUR 75/GBP 60/CHF 95 berechtigt.

Falls eine Einzelreiseversicherung vor dem in der Versicherungspolice ausgewiesenen Ablaufdatum gekündigt wird, ist die Gesellschaft zu einer Verwaltungsgebühr von USD 65/EUR 50/GBP 40/CHF 60 berechtigt.

28.4.2: Wird die Versicherung nach dem Datum des Inkrafttretens gekündigt, wird dem Versicherungsnehmer die Prämie für die Zeit, während der Deckung bestand, berechnet. Die Gesellschaft wird den Unterschied zwischen der für die verkürzte Deckungszeit zu zahlende Prämie und der bezahlten

Prämie abzüglich der nach oben stehendem Artikel 28.4.1 erhobenen Verwaltungsgebühr erstatten.

28.5: Ist ein Anspruch erhoben worden, kann die Versicherung durch den Versicherten unter Einhaltung einer einmonatigen Frist oder durch die Gesellschaft innerhalb von 14 Tagen, nachdem die Gesellschaft dem Rückerstattungsantrag stattgegeben oder diesen abgelehnt hat, gekündigt werden.

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

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

Falls eine Jahresreiseversicherung gewählt wurde, gemäß Artikel 2.3, ist der Versicherungszeitraum in diesem Artikel 28.6 auch als Reiseperiode von maximal einem Monat zu verstehen.

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

28.8: Falls der Versicherungsnehmer oder der Versicherte beim Abschluss der Versicherungspolice oder zu einem späteren Zeitpunkt betrügerischerweise falsche Angaben gemacht oder Tatsachen verschwiegen hat, welche für die Gesellschaft als wichtig

erachtet werden können, wird der Versicherungsvertrag annulliert, womit er für die Gesellschaft nicht mehr bindend ist.

28.9: Sanktionsklausel

Die Gesellschaft stellt keine Deckung bereit und übernimmt keine Kosten gemäß dieser Versicherung, falls die Verpflichtungen der Gesellschaft (oder die Verpflichtungen der Konzerngesellschaften oder Verwaltungsgesellschaften der Gesellschaft) gemäß den Rechtsvorschriften jeglicher einschlägiger Gerichtsbarkeit, einschließlich Dänemarks, Großbritannien, der Europäischen Union, der Vereinigten Staaten von Amerika, oder internationalen Rechtsvorschriften dies verhindern. Die Gesellschaft informiert den Versicherungsnehmer normalerweise, falls ein solcher Fall eintritt, sofern dies nicht ungesetzlich ist oder die angemessenen Sicherheitsmaßnahmen der Gesellschaft gefährdet.

Diese Versicherung deckt nur in dem Umfang, in dem die Gesellschaft (oder die Konzerngesellschaften oder Verwaltungsgesellschaften der Gesellschaft) nicht Sanktionen, Verboten oder Einschränkungen aufgrund von Resolutionen der Vereinten Nationen oder den Wirtschafts- oder Handelsanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, Großbritannien oder der Vereinigten Staaten von Amerika oder jeglichen anderen einschlägigen internationalen Rechtsvorschriften ausgesetzt ist.

Art. 29 Streitigkeiten, Gerichtsstand, etc.

29.1: Wir freuen uns immer darüber von Aspekten Ihrer Mitgliedschaft zu erfahren, die Ihnen besonders positiv aufgefallen sind oder mit denen Sie Probleme gehabt haben. Bitte schicken Sie Ihren Kommentar oder Ihre Beschwerde an die E-Mail-Adresse travel-complaints@ihi.com des Bupa Global Travel Kundendienstes.

Es passiert sehr selten, dass wir eine Beschwerde nicht beilegen können. Wenn dies dennoch einmal der Fall sein sollte, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde an

den dänischen Beschwerdeausschuss für Versicherung wenden:

Ankenævnet for Forsikring (Der Beschwerdeausschuss für Versicherung)
Anker Heegaards Gade 2
1572 Kopenhagen V
Dänemark

Eventuelle Streitigkeiten resultierend aus oder in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag werden nach dänischem Recht entschieden. Der Gerichtsstand ist Kopenhagen.

29.2: Wir unterstehen dem Financial Services Compensation Scheme FSCS. Im unwahrscheinlichen Fall, dass wir unseren finanziellen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen können, könnte Ihnen ein Anspruch auf Entschädigung durch den FSCS zustehen. Dies gilt für Personen mit Wohnsitz im Europäischen Wirtschaftsraum (EWS). Weitere Informationen erhalten Sie telefonisch vom FSCS unter der Rufnummer +44(0) 20 7892 7301 oder auf der Website www.fscs.org.uk.

Irrtum und Auslassung vorbehalten.



Dieses Glossar mit Definitionen ist ein Teil der Versicherungsbedingungen.

Akute ernsthafte Erkrankung

Als akute, ernsthafte Erkrankung gilt eine plötzliche und unerwartete Krankheit, die unverzügliche Behandlung erfordert.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Bedingungen der abgeschlossenen Versicherung.

Ambulante Behandlung

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

Angehörige

"Angehörige" bedeutet die folgenden Personen in der nachfolgend genannten Reihenfolge:

- Ehegatten
- Zivilpartner (vorausgesetzt, die nachfolgenden Bedingungen sind erfüllt)
- leibliche Kinder/Erben
- Berechtigte eines Testaments/einer Erbschaft.

Der Angehörige wird immer von oben her bestimmt. D.h., wenn der Versicherungsnehmer keinen überlebenden Ehegatten hat, erhält ein überlebender Zivilpartner die Auszahlung, usw.

Damit ein Zivilpartner/eine Zivilpartnerin als Angehörige/r berücksichtigt werden kann, muss er/sie mit dem Versicherungsnehmer an derselben Adresse zusammen gelebt haben und:

- schwanger sein oder ein gemeinsames Kind haben oder gehabt haben

- mit dem Versicherungsnehmer an der gemeinsamen Adresse mindestens zwei Monate vor dem Tod des Versicherungsnehmers in einer Lebensgemeinschaft zusammen gelebt haben.

Für nach dem 1. Januar 2008 abgeschlossene Versicherungen, bei denen die Versicherungsbedingungen den "Angehörigen" als Berechtigten vorsehen, ist ein Zivilpartner nicht zur Auszahlung unter der Versicherung berechtigt. Sollte der Versicherungsnehmer jedoch nach dem 1. Januar 2008 den "Angehörigen" als Berechtigten unter der Versicherung schriftlich wieder in Kraft setzen, dann gilt die oben genannte Reihenfolge derart, als wäre die Versicherung nach dem 1. Januar 2008 abgeschlossen worden.

Antrag

Das Antragsformular und der Medizinische Fragebogen.

Antragsteller

Die auf dem Antragsformular und dem Medizinischen Fragebogen erwähnte Person, die eine Krankenversicherung beantragt.

B

Bereits bestehende Krankheiten

Darunter fallen alle Krankheiten, die sich vor Versicherungsabschluss bereits durch Symptome bemerkbar gemacht haben und/oder für die der Versicherte ins Krankenhaus eingeliefert, von einem Arzt behandelt oder anderweitig medizinisch versorgt wurde.

Bupa Global Travel (einschl. wir/uns/ unser)

Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (Bupa Denmark, Zweigniederlassung der Bupa Insurance Limited, England). Bupa Global Travel ist der Firmenname der Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England.

D

Datum des Inkrafttretens

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

E

Einfacher Diebstahl

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

G

Gepäck

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

Gesellschaft, die

Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (Bupa Denmark, Zweigniederlassung der Bupa Insurance Limited, England). Bupa Insurance Limited, England) CVR 3160 2742.

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

Prudential Regulation Authority (UK) zugelassen und unterliegt begrenzter Regelung von der dänischen Finanzdienstleistungsbehörde Finanstilsynet. Weitere Information finden Sie auf der Website www.finanstilsynet.dk.

K

Krankenhausaufenthalt

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

M

Mitversicherte/r

Eine Person, die von der gleichen Jahresreise- oder Einzelreise-Versicherung umfasst ist wie der Versicherungsnehmer und deren Namen auf der Versicherungspolice oder Versicherungskarte aufgeführt ist.

N

Naher Familienangehöriger

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

Nicht anerkannter Arzt/nicht anerkannte Einrichtung

- Behandlung durch einen Arzt, der von den verantwortlichen Behörden in dem Land, wo die Behandlung durchgeführt wurde, nicht als Spezialist oder

Facharzt für die Behandlung dieser Erkrankung, Krankheit oder Verletzung anerkannt ist;

- Behandlung in einem Krankenhaus oder durch einen Arzt oder einen anderen Dienstleister, dem schriftlich mitgeteilt wurde, dass er für unser Versicherungsangebot nicht länger anerkannt ist;
- Behandlung durch jedwede Person, die den gleichen Wohnsitz hat wie der Versicherte oder zu dem Versicherten engen Familienangehörigen gehört oder einem Unternehmen im Besitz einer der oben genannten Personen angeschlossen ist.

R

Regress

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

S

Schaden

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

Schwere Verletzung

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

V

Versicherte

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

Versicherung

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

Versicherungsnehmer

Die (juristische oder physische) Person, die den Vertrag mit der Gesellschaft abgeschlossen hat.

Versicherungspolice

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

W

Wertpapiere

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

Wohnsitzland

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

Irrtum und Auslassung vorbehalten

Rufen Sie Bupa Global Travels Kundendienst an, Wenn Sie Fragen zu Ihrer Police, Zahlungen, Deckung u.a.m. haben:

Wochentags von 9 Uhr bis 17 Uhr (MEZ) geöffnet

Tel.: +45 70 20 70 48
Telefax: +45 33 32 25 60
E-Mail: travel@ihi-bupa.com

Palægade 8
DK-1261 Kopenhagen K
Dänemark

Rufen Sie Bupa Global Assistance an. Wir sind rund um die Uhr für Notfälle und medizinische Hilfe für Sie da

Tel.: +45 70 23 24 61
E-Mail: emergency@ihi-bupa.com

Anrufe werden aufgezeichnet und können erfasst werden.

Europäische Adressen:

Victory House
Trafalgar Place
Brighton
BN1 4FY
UK

Bupa Cyprus
3 Ioannis Polemis Street
PO Box 51160
3502 Limassol
Zypern

Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England
Palægade 8
DK-1261 Kopenhagen K
Dänemark

Bupa Malta
Testaferrata Street
Ta' Xbiex XBX 1403
Malta