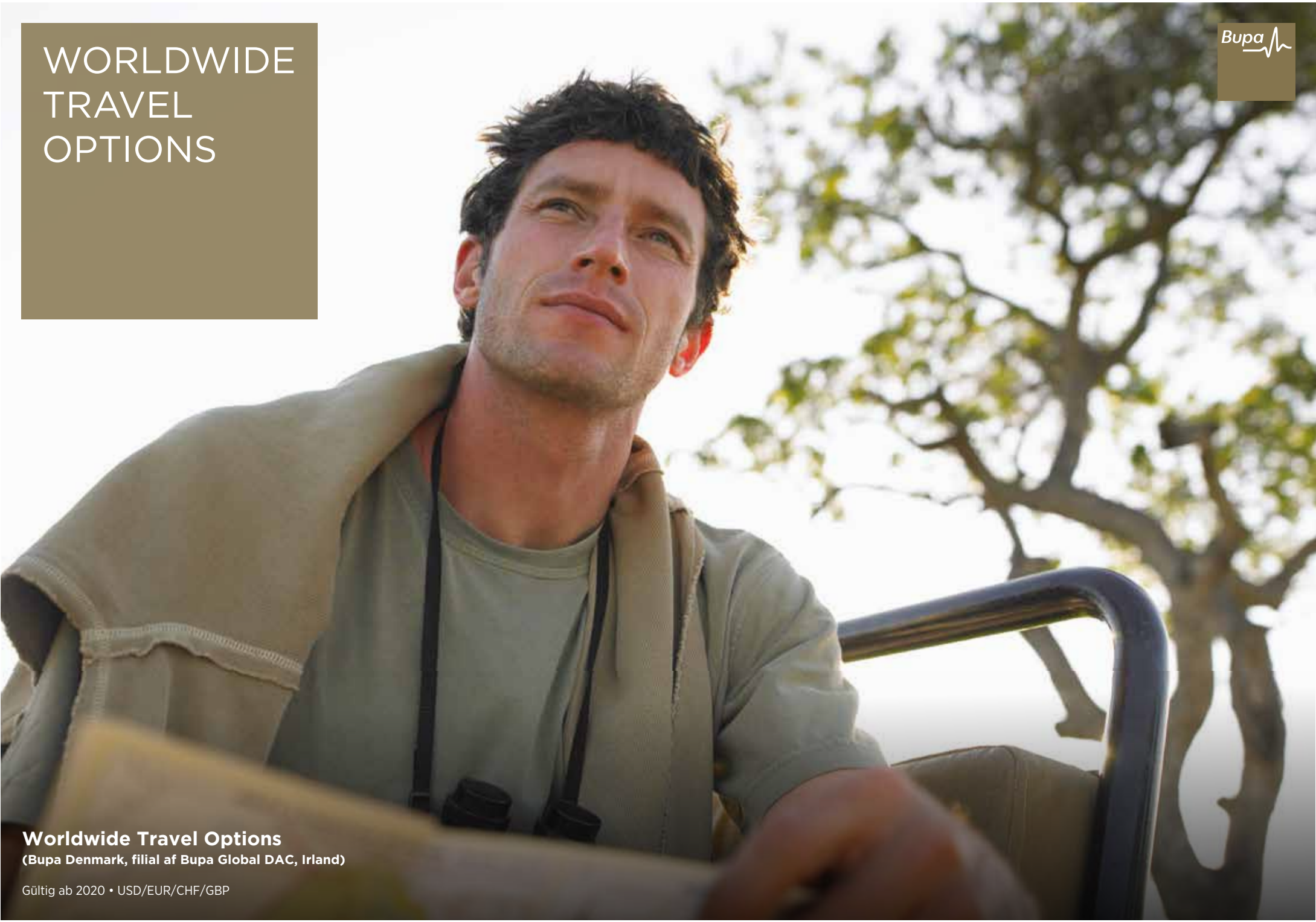


WORLDWIDE TRAVEL OPTIONS



Worldwide Travel Options
(Bupa Denmark, filial af Bupa Global DAC, Irland)

Gültig ab 2020 • USD/EUR/CHF/GBP

Inhalt

- 2 Warum Bupa Global Travel?
- 2 Bupa Global Travel MyCard
- 2 Ihre Deckungsoptionen
- 3 Abschließen der Versicherung
- 3 Verwendung der Versicherung
- 3 Eigener Notfalldienst rund um die Uhr
- 5 Rückerstattungsübersicht
- 8 Allgemeine Versicherungsbedingungen
- 26 Datenschutz-
erklärung Bupa Global
- 31 Glossar

Warum Bupa Global Travel?

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!

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

Die Vorteile für Sie*

- Weltweite Deckung
- Krankenversicherung ohne Gesamtobergrenze
- 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

- 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.

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 Kinder (bis 2 J.) ohne zusätzliche Kosten 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 Worldwide Travel Options bieten wir Ihnen eine akutmedizinische Deckungsleistung, die Sie um nichtmedizinische Deckungsleistungen und eine Reiserücktrittsversicherung ergänzen können.

Diese Auflistungen stellen nur Zusammenfassungen dar. Alle Details zu Leistungen, Einschränkungen und Ausschlüssen finden Sie in der vollständigen Rückerstattungsübersicht und den Versicherungsbedingungen.

MEDICAL COVER

Diese Option bietet Ihnen die folgenden Leistungen:

- Deckung für medizinische Leistungen ohne Gesamtobergrenze
- Stationäre Behandlung
- *Ambulante Behandlung*
- Evakuierung
- Krankenrücktransport
- Krisenpsychologe nach einem Überfall und Angriff
- Rücktransport bei Krankheitsoder 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, der/die *Versicherte*, aufgrund einer akuten ernsthaften Erkrankung oder Verletzung bzw. im Todesfall eine Reise nicht antreten können.

Die Reiserücktrittsversicherung muss vor dem Verlassen des Landes mit ständiger Wohnadresse abgeschlossen werden und die Versicherungsdeckung endet, wenn das Land mit ständiger Wohnadresse verlassen wird, um die Reise anzutreten (siehe auch Art. 22).

Abschließen der Versicherung

5% Online-Rabatt

WWW.BUPAGLOBAL.COM

Online

Schließen Sie Ihre *Versicherung* online auf www.bupaglobal.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 Multi-Trip Jahresreise-Police erneuern, ist die Erneuerungsprämie niedriger als die Prämie des ersten Jahres. Klicken Sie einfach auf "Pay now" unter www.bupaglobal.com, um Ihre neue Prämie zu bezahlen.

*Nur mit Multi-Trip Jahresreise

Verwendung der Versicherung

Vorerkrankungen

In manchen Fällen sind chronische und/oder Vorerkrankungen von Ihrer Reiseversicherung abgedeckt. Weitere Details finden Sie in Artikel 6.6.

Wir empfehlen Ihnen, einen aktuellen Krankenbericht an *Bupa Global Travel* zu schicken. Unsere medizinischen Berater beurteilen dann, 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 für abgedeckte Behandlungen an Krankenhäuser schicken und den Rücktransport sowie andere Hilfemaßnahmen organisieren.

Anrufe bei Bupa Global Assistance können gegen Vorlage der entsprechenden Dokumente zurückerstattet werden.

Ambulante Behandlungen wie zum Beispiel Arzt- oder Zahnarztbesuche müssen von Ihnen selbst bezahlt worden sein, ehe Sie eine Rückerstattung beanspruchen können.

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 bupaglobal.com/en/travel-insurance/claims zum Download bereit.

Schicken Sie das ausgefüllte Formular entweder an traveleclaim@ihi.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.bupaglobal.com/en/travel-insurance/claims 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.

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

Unser eigener Notfalldienst Bupa Global Assistance in Kopenhagen hat rund um die Uhr geöffnet. Er unterstützt sie jederzeit, egal wo Sie sich aufhalten.

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

Beim Thema Gesundheit wünschen Sie sich Unterstützung durch Menschen, die Sie und Ihre Bedürfnisse verstehen. Deshalb haben *wir* ein mehrsprachiges Team, das Sie an jedem Ort in Ihrer Sprache unterstützen kann.

Da die Bupa Global Assistance unsere eigene Einrichtung ist, kennen unsere Koordinatoren Ihre *Versicherung* im Detail und können Ihnen sofort helfen – damit Sie sich ganz auf Ihre Genesung konzentrieren können, während *wir* Sie bei administrativen und finanziellen Belangen unterstützen.

Globale Risiko- und Sicherheitsüberwachung

Wir wollen Ihnen das sichere Gefühl geben, dass das Gebiet, in das Sie reisen, sicher ist bzw. dass Sie ggf. über alle erforderlichen Vorkehrungen informiert sind.

Wir bieten Ihnen umfassende Risikoberichte und aktuelle Meldungen für mehr als 190 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

Bitte beachten Sie die Bearbeitungsdauer von bis zu 72 Stunden für das Ausstellen eines Krankenberichts. Wenn mehrere Berichte angefordert werden, richten Sie sich bitte auf eine längere Bearbeitungszeit ein.

Ihre Vorteile

- Eigener Notfalldienst rund um die Uhr
- Eigene Ärzte und Fachpersonal
- Zahlungsgarantie für Krankenhäuser bei abgedeckten Behandlungen
- Unterstützung bei der Durchführung medizinischer Evakuierungen
- Vorabgenehmigung
- Medizinische Fachberatung durch eigene Spezialisten
- Behandlungsberatung
- Unterstützung bei der Suche nach der geeignetsten Behandlungseinrichtung
- Telemedizin

Rückerstattungsübersicht

Gültig ab Datum des Inkrafttretens oder der Erneuerung der Police in 2020.

Die Liste der Kostenerstattungen ist Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Daher ist es notwendig, sowohl die Liste der Kostenerstattungen als auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (einschließlich des Glossars) sorgfältig durchzulesen. Wörter in der Liste der Kostenerstattungen, die kursiv gedruckt sind, sind „definierte Begriffe“, die spezielle Begriffe mit Bedeutung für Ihre Versicherungsdeckung sind. Bitte überprüfen Sie ihre Bedeutung im Glossar am Ende dieser Produktbroschüre.

Die bei Antragstellung auf Versicherungsschutz gewählte Währung ist gleichzeitig Basiswährung für alle Schadenserstattungen. Das heisst, ist die Basiswährung EUR, erfolgt die Berechnung der Erstattungssumme in EUR auf Grundlage der in der untenstehenden Rückerstattungsübersicht aufgeführten Leistungsgrenzen, auch wenn die Behandlung in Ländern mit einer anderen Währung als EUR stattgefunden hat.

Medical Cover

Maximale Deckung und maximale Leistungen pro Person pro Reise:

Medical Cover	USD	EUR	CHF	GBP
Maximale Leistung pro Person pro Reise	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt	Unbegrenzt
<i>Krankenhausaufenthalt</i>	100%	100%	100%	100%
<i>Ambulante Behandlung</i> durch Allgemein- oder Fachärzte	100%	100%	100%	100%
Ärztlich verschriebene Medikamente	100%	100%	100%	100%
Behandlungskosten durch Physiotherapeuten, Osteopathen und Chiropraktiker sowie Akupunkturen	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 <i>Gesellschaft</i> 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%

Medical Cover (Fortsetzung)

Medical Cover	USD	EUR	CHF	GBP
Weiterreise nach Behandlung (muss von der <i>Gesellschaft</i> 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.				

Non-Medical Option

Non-Medical Option	USD	EUR	CHF	GBP
Personenunfall – Tod und Invalidität*	75,000	55,000	83,000	42,000
*siehe jedoch auch Artikel 13.2-5) und 13.2-6)				
Versicherungsschutz für <i>Gepäck</i> pro Person und Reise max.	3,500	2,600	3,500	2,100
– Diebstahl, Raub und Feuer	100% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>	100% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>	100% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>	100% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>
– Verlust oder Beschädigung von erfasstem <i>Gepäck</i>	100% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>	100% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>	100% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>	100% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>
– Diebstahl von Ausweispapieren/Bargeld	10% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>	10% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>	10% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>	10% der Höchstversicherungssumme für <i>Gepäck</i>
Verspätetes <i>Gepäck</i>	1,000	750	1,000	600
Selbstbeteiligung an KFZ- <i>Versicherung</i> pro Vorfall / Forderung	2,000	1,500	2,000	1,200
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 <i>Anschlussflug</i>	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
**10% Selbstbehalt				

Trip Cancellation Option

Trip Cancellation Option	USD	EUR	CHF	GBP
Einzelreise	5,000	3,750	5,000	3,000
Multi-Trip Jahresreise — pro Reise	4,000	3,000	4,000	2,400

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Gültig ab Datum des Inkrafttretens oder der Erneuerung der Police in 2020.

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, Beendigung, Kündigung und Ablauf
- Art. 29 Datenschutz
- Art. 30 Streitigkeiten, Gerichtsstand, etc.

Art. 1

Aufnahme in die *Versicherung*

1.1: Bupa Denmark, filial af Bupa Global DAC, Irland (Bupa Denmark, Niederlassung der Bupa Global DAC, Irland), 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 75. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns einer Multi-Trip Jahresreise, darf das 70. Lebensjahr noch nicht erreicht sein.

1.3: Falls Multi-Trip Jahresreise gewählt worden ist, wird die Versicherungsdeckung bei der nächsten Erneuerung, nachdem der *Versicherte* das 70. Lebensjahr erreicht hat, aufgehoben.

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 Medical 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 auf Begleichung von Leistungsansprüchen tritt mit dem Datum des Versicherungsbeginns in Kraft. Die Deckung tritt mit der Ausreise des Versicherten aus dem Land, in dem der *Versicherte* seine ständige Wohnadresse hat, in Kraft, und hat bei der Rückkehr in das Land, in dem der *Versicherte* seine ständige Wohnadresse hat, aufzuhören.

a) Wenn die *Versicherung* abgeschlossen wird, nachdem der *Versicherte* das Land mit ständiger Wohnadresse verlassen hat, tritt die *Versicherung* nach Ablauf von 72 Stunden nach dem Kauf in Kraft.

b) Es besteht keine Versicherungsdeckung für Vorfälle, die sich innerhalb der Wartefrist von 72 Stunden nach dem Kauf ereignen.

c) Im Fall einer ernsthaften Verletzung infolge eines Unfalls besteht das Anrecht auf Entschädigungsleistungen jedoch ab dem *Datum des Inkrafttretens* der *Versicherung*.

Die 72-stündige Wartefrist gilt sowohl für die medizinischen als auch für die nichtmedizinischen Deckungsleistungen, wenn die *Versicherung* abgeschlossen wurde, nachdem der *Versicherte* sein Land mit ständiger Wohnadresse verlassen hat.

Das oben genannte gilt nicht für den Reiserücktritt, der nicht wirksam ist, sobald der *Versicherte* sein Land mit ständigem Wohnsitz verlassen hat (siehe auch Art. 22).

2.3: Falls eine Multi-Trip 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 Multi-Trip Jahresreise kann nach Verabredung mit der *Gesellschaft* verlängert werden. Jede Erkrankung oder Verletzung, die innerhalb des früheren Reisezeitraums / früherer Reisezeiträume aufgetreten ist, Symptome gezeigt hat oder diagnostiziert worden ist, wird jedoch in der Periode der Verlängerung nicht gedeckt, es sei denn, die Verlängerung wurde vor Auftreten der Erkrankung oder Verletzung bzw. des Auftretens von Symptomen getätigt.

2.6: Wenn Multi-Trip 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 ohne zusätzliche Kosten 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, welcher 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. Die Versicherungsdeckung erlischt, wenn die unmittelbare akutmedizinische Behandlung nicht länger erforderlich ist. Wenn es zu Meinungsverschiedenheiten mit dem behandelnden Arzt kommt, hat die Entscheidung des behandelnden Arztes der Versicherungsgesellschaft Vorrang.

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

6.3: Die Behandlungskosten durch Physiotherapeuten, Osteopathen und Chiropraktiker sowie Akupunkturen, die durch einen zugelassenen Allgemein- oder Facharzt verschrieben sind, 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 Multi-Trip Jahresreise gewählt worden ist, vor jeder Abreise von dem Land, in dem der *Versicherte* seine ständige Wohnadresse hat, im Krankenhaus behandelt worden ist, oder wenn die *Versicherung* (Multi-Trip Jahresreise oder Einzelreise) nach dem Antritt der Reise vor Ablauf der Wartefrist erworben wurde,

2) innerhalb von sechs Monaten vor dem Startdatum der Reise oder, falls die Multi-Trip 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), oder wenn die *Versicherung* (Multi-Trip Jahresreise oder Einzelreise) nach dem Antritt der Reise vor Ablauf der Wartefrist erworben wurde,

3) innerhalb von sechs Monaten vor dem Startdatum der Reise oder, falls die Multi-Trip Jahresreise gewählt worden ist, vor jeder Abreise von dem Land, in dem der *Versicherte* seine ständige Wohnadresse hat, einer Medikamentenänderung unterzogen wurde, oder wenn die *Versicherung* (Multi-Trip Jahresreise oder Einzelreise) nach dem Antritt der Reise vor Ablauf der Wartefrist erworben 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, oder wenn die *Versicherung* (Multi-Trip Jahresreise oder Einzelreise) nach dem Antritt der Reise vor Ablauf der Wartefrist erworben wurde.

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, und sie müssen von Bupa anerkannt sein (eine aktuelle Liste nicht anerkannter Anbieter medizinischer Leistungen kann hier heruntergeladen werden: www.bupaglobal.com/en/facilities/finder).

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.

7.8: Die *Versicherung* deckt keine Kosten, die im Zusammenhang mit vorab gebuchten Hotels/Unterkünften, Ausflügen, Veranstaltungen oder Kursen anfallen.

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.

10.8: Die *Versicherung* deckt keine Kosten, die im Zusammenhang mit vorab gebuchten Hotels/Unterkünften, Ausflügen, Veranstaltungen oder Kursen anfallen.

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 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, Invasion, Handlungen eines ausländischen Feindes, Feindseligkeiten (egal ob Krieg erklärt wurde oder nicht), Bürgerkrieg, terroristische Taten, Rebellion, Revolution, Aufstand, bürgerliche Unruhen, Militärregierungen oder widerrechtlich angeeignete Macht, Ausschreitungen oder die Handlungen jeglicher rechtmäßig eingesetzter Obrigkeit oder Operationen der Armee, Marine oder Luftstreitkräfte (egal ob Krieg erklärt wurde oder nicht) in der Region, in der sich der *Versicherte* aufhält, wenn das 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 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.

12.5: Die *Versicherung* deckt keine Kosten, die im Zusammenhang mit vorab gebuchten Hotels/Unterkünften, Ausflügen, Veranstaltungen oder Kursen anfallen.

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 Invaliderität 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.

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 Versicherungs-schutz und Leistungen, die maximale Rück-erstattung 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 <i>Gepäck</i> (Nachweis ist erforderlich)* *Leistungsansprüche können frühestens einen Monat nach dem Verlust ausgezahlt werden.	Bis zur Höhe der Versicherungssumme (elektronische Geräte und Fotoausrüstungen sind jedoch nicht gedeckt)	Nicht gedeckt
Dokumentierte Beschädigung von eingetragtem <i>Gepäck</i> (Nachweis ist erforderlich)	Bis zur Höhe der Versicherungssumme (elektronische Geräte und Photoausrüstung 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 <i>Gepäck</i>	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 <i>Gepäck</i> 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 <i>Gepäck</i>	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
Indirekte Verluste	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
<i>Einfacher Diebstahl</i>	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt
Geringere Beschädigungen außen am <i>Gepäck</i> (z. B. Kratzer, Flecken, Beulen)	Nicht gedeckt	Nicht gedeckt

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. Wenn man seiner Sorgfaltspflicht nicht nachkommt, bedeutet das beispielsweise, dass man sein *Gepäck*

- unbeaufsichtigt an einem öffentlichen Ort, zu dem die Öffentlichkeit Zugang hat, deponiert
-

- an Orten hinterlegt, an denen es ohne Kenntnis des Versicherten entwendet werden kann
- an einem derartig entfernten Ort deponiert, dass der *Versicherte* nicht in der Lage ist, eine Entwendung zu vermeiden
- einer Person anvertraut, die man bis dahin nicht gekannt 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.

14.6: Selbstbeteiligung an KFZ-*Versicherung* *Versicherung* deckt eine Selbstbeteiligung an Mietwagenversicherungen ab, sofern:

- a. der Mietwagen gestohlen oder beschädigt wird und solch ein Vorfall von der KFZ-*Versicherung* des Versicherten abgedeckt ist; oder
- b. auf Grund eines Diebstahls oder eines Unfalls in den der *Versicherte* involviert ist und der *Versicherte* als medizinisch fahruntauglich eingestuft wurde und dieser Vorfall von der

Mietwagenversicherung des Versicherten abgedeckt ist und der *Versicherte* Ausgaben übernimmt, um den Mietwagen zurückzugeben.

Der Höchstbetrag einer Entschädigung beträgt USD 2,000 / EUR 1,500 / CHF 2,000 / GBP 1,200 pro Vorfall / Forderung.

14.6.1: Es ist eine Versicherungsbedingung, dass entstandene Kosten keine Folge davon sind, dass der *Versicherte* mit Absicht, grober Fahrlässigkeit oder in irgendeiner Form illegal handelt. Der *Versicherte* wird entsprechend der Leistungsübersicht entschädigt. Allerdings muss der Anspruch an die Autovermietung des Versicherten oder an die Mietwagenversicherung des Versicherten befriedigt werden, bevor der *Versicherte* Forderungen an *uns* stellen kann.

14.6.2: Der *Versicherte* muss die Mietwagenversicherung, die von einer Autovermietung(-sagentur) angeboten wird, die von der regelsetzenden Behörde des Ortes, an dem der Mietwagen abgeholt wird, vollständig zugelassen ist, erworben haben und der *Versicherte* muss über einen unterzeichneten Mietvertrag für den Mietwagen verfügen.

14.6.3: Diese *Versicherung* deckt den Versicherten nicht, wenn dieser den Mietwagen ohne geeigneten Führerschein nutzt und/oder gegen den Mietvertrag verstößt.

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 Fluggeräts, einschließlich Drohnen / unbemannter Luftfahrzeuge und ferngesteuerter Flugzeuge oder eines Boots von mehr als drei Metern Länge einschließlich des Segels, oder eines Kraftfahrzeuges, eines Wohnwagens oder Anhängers, Flugzeugs oder Boots von weniger als drei Metern Länge einschließlich des Segels, wenn die Leistung des Motors drei PS übersteigt,

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

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

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.

18.4: Das Unternehmen ist nicht zur Rückerstattung von Kosten verpflichtet, die infolge der nachfolgend genannten Umstände anfallen oder mit ihnen in Zusammenhang stehen:

- 1) Verspätetes Eintreffen der versicherten Person(en) am Flughafen.
- 2) Die *versicherte(n)* Person(en) haben nicht die für die Einreise ins/in die Bestimmungsland/-länder oder für die Ausreise erforderlichen Visa, Reisepässe oder sonstigen Dokumente bei der Hand.
- 3) Die *versicherte(n)* Person(en) lehnen einen alternativen Beförderungsdienst eines Personenbeförderers ab (etwa wenn ein Zug ausfällt und durch Busse ersetzt wird).
- 4) Die *versicherte(n)* Person(en) kaufen Tickets für alternative Beförderungsoptionen.

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.
- 5) Die Flugverbindung wird verpasst, weil die *versicherte(n)* Person(en) nicht die für die Einreise ins/in die Bestimmungsland/-länder oder für die Ausreise erforderlichen Visa, Reisepässe oder sonstigen Dokumente bei der Hand haben.
- 6) Verspätetes Eintreffen der versicherten Person(en) am Flughafen.
- 7) Die *Versicherung* deckt keine Kosten, die im Zusammenhang mit vorab gebuchten Hotels/Unterkünften, Ausflügen, Veranstaltungen oder Kursen anfallen.

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 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 der obengenannten Punkte 1-4 ist, dass die Schwangerschaft, 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 5,000/EUR 3,750 CHF 5,000/GBP 3,000 (Einzelreise) bzw. USD 4,000/EUR 3,000/CHF 4,000/GBP 2,400 (Multi-Trip 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 abzusehen war;

2) Wenn der *Versicherte* sich einer medizinischen Behandlung nicht unterzogen oder diese verweigert oder aufgegeben hat, obwohl der *Versicherte* hätte wissen müssen, dass die Krankheit behandelt werden musste oder der Zustand sich verschlimmert hat;

3) Wenn die stornierte Reise ein Teilarrangement der gesamten versicherten Reise darstellt,

4) Wenn die Stornierung auf einer Änderung der Reisepläne, einer Änderung gefasster Beschlüsse, veränderter Bedingungen am Reiseziel, Naturkatastrophen, terroristische Handlungen, Krieg, Invasion, Handlungen eines ausländischen Feindes, Feindseligkeiten (egal ob Krieg erklärt wurde oder nicht), Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand, bürgerliche Unruhen, Militärregierungen oder widerrechtlich angeeignete Macht, Ausschreitungen oder die Handlungen jeglicher rechtmäßig eingesetzter Obrigkeit oder Operationen der Armee, Marine oder Luftstreitkräfte (egal ob Krieg erklärt wurde oder nicht) 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.

6) Die *versicherte(n)* Person(en) haben nicht die für die Einreise ins/in die Bestimmungsland/-länder oder für die Ausreise erforderlichen Visa, Reisepässe oder sonstigen Dokumente bei der Hand.

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 Multi-Trip 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. Gedeckt sind jedoch in Verbindung mit AIDS und HIV-Antikörpern (HIV-positiv) auftretende Krankheiten, soweit diese als Folge einer Blutübertragung nach Inkrafttreten dieser *Versicherung* oder durch einen Arbeitsunfall bei ausschließlich einer der folgenden Berufsgruppen aufgetreten sind: Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern/-pfleger, Laborpersonal, medizinisches Hilfspersonal in Spitälern, medizinische und zahnärztliche Assistenten, Krankenwagenpersonal, Hebammen, Feuerwehrpersonal, Polizeibeamte und Gefängnispersonal. Der/die *Versicherte* hat die *Gesellschaft* jedoch innerhalb einer Woche von einem derartigen Ereignis in Kenntnis zu setzen und einen negativen Test für HIV-Antikörper vorzulegen.
- 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, Feindesaktivitäten, feindseligen Aktivitäten (unabhängig vom Vorliegen einer Kriegserklärung), Bürgerkrieg, terroristischen Aktivitäten, Rebellionen, Revolution, Aufständen, Bürgerunruhen, militärisch oder widerrechtlich angeeigneter Macht, Kriegsrecht, Aufständen oder Aktivitäten einer rechtlich befugten Autorität oder von Heer, Marine oder Luftwaffe (unabhängig vom Vorliegen einer Kriegserklärung), 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 einem Motorsportwettbewerb, einschließlich Training jeder Art, Base Jumping, Gleitschirmfliegen, Drachenfliegen, Fliegen mit Wingsuit, Speed Flying, Klettern und Bergsteigen, das spezialisierte Bergsteigerausrüstung erfordert und Klettern außerhalb von Hallen
- 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.
- 29) Vom Zoll oder von anderen Behörden beschlagnahmte Gegenstände.
- 30) Von Sicherheitskräften beschlagnahmte oder gestohlene Drohnen oder Robotergeräte.

Art. 24

Vorgangsweise bei der Anzeige von Leistungsansprüchen.

24.1: Jeder Anspruch auf Rückerstattung ist bei der *Gesellschaft* durch Zustellung eines vollständig ausgefüllten Anspruchsanmeldungsformulars 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, angemessene und branchenübliche Kostensätze in dem Land beschränkt, in welchem die Behandlung erfolgt.

24.4: Die *Gesellschaft* muss umgehend von Krankenhausaufhalten, 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 ichtet 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 Multi-Trip 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: Über die Zahlung der Versicherungsprämien hinaus muss der *Versicherungsnehmer* gegebenenfalls auch eine eventuelle Versicherungssteuer (Insurance Premium Tax, IPT) und jegliche Art neuer Steuern, Gebühren oder Kosten im Zusammenhang mit seiner *Versicherung* abführen, die nach deren Abschluss eingeführt werden und die einzuziehen das Unternehmen gesetzlich verpflichtet ist. Dies hängt in erster Linie vom Aufenthaltsland des Versicherungsnehmers ab. Der *Versicherungsnehmer* ist dazu verpflichtet, an das Unternehmen über die Versicherungsprämien hinaus jegliche anfallenden Versicherungssteuern, sonstigen Steuern, Gebühren und Abgaben zu entrichten, es sei denn, es bestünden anderslautende gesetzliche Verpflichtungen. Die in Rechnung gestellte Versicherungsprämie enthält alle Versicherungssteuern, sonstigen Steuern, Gebühren und Abgaben.

Art. 27

Anzeigespflicht

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.

27.4: Die *Gesellschaft* erfüllt in vollem Umfang alle anwendbaren Datenschutzgesetze (siehe auch Art. 29.1). Deshalb dürfen *wir* generell keine personenbezogenen oder sensiblen Informationen (wie etwa ärztliche Auskünfte) weitergeben oder Fälle mit jemandem besprechen, der dazu vom betreffenden Versicherten nicht ausdrücklich ermächtigt wurde. *Wir* empfehlen daher, dass der *Versicherte* all diejenigen Personen entsprechend autorisiert, mit denen er solcherlei Informationen teilen möchte. Die *Gesellschaft* stellt auf Anfrage ein Formular für die Autorisierung Dritter zur Verfügung.

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 Multi-Trip 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 erst, wenn 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 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 Multi-Trip Jahresreiseversicherung kann mit Wirkung zum Ende eines Kalendermonats unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen durch einen fernmündlichen oder schriftlichen *Antrag* (Brief oder E-Mail) durch den *Versicherungsnehmer* gekündigt werden, oder die *Gesellschaft* kann die *Versicherung* mit Frist von einem Monat zum Erneuerungsdatum schriftlich kündigen. Die Kündigung kann einer Gebühr unterliegen, s. Artikel 28.4.1 unten. Jegliche zusätzliche Reisezeit, die für eine Reise unter der Multi-Trip Jahresreiseversicherung erworben wird (Verlängerung der Versicherungsdeckung), kann mit sofortiger Gültigkeit gekündigt werden. Die Kündigung unterliegt keiner Gebühr.

Die Einzelreiseversicherung kann vom *Versicherungsnehmer* jederzeit mit sofortiger Wirkung fernmündlich oder schriftlich (Brief oder E-Mail) gekündigt werden. Die Kündigung unterliegt einer Gebühr, s. Artikel 28.4.2 unten.

28.4.1: Falls eine Multi-Trip 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.

28.4.2: 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.

28.4.3: Wird die *Versicherung* (entweder Multi-Trip Jahresreise- oder Einzelreise-) oder jegliche Verlängerung der Versicherungsdeckung der Multi-Trip Jahresreiseversicherung nach dem *Datum des Inkrafttretens* gekündigt, so 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 zahlenden Prämie und der bezahlten Prämie abzüglich der gemäß obigem Artikel 28.4.1 bzw. 28.4.2 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 Multi-Trip 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: Wenn der *Versicherte* aufgrund einer akuten ernsthafte Erkrankung oder ernsthafte Verletzung, die von der *Gesellschaft* abgedeckt ist, nicht wie ursprünglich geplant reisen kann, wird der Versicherungszeitraum verlängert, bis der Arzt der *Versicherung* und der behandelnde Arzt einvernehmlich der Ansicht sind, dass der *Versicherte* aus medizinischer Sicht in sein Land mit ständiger Wohnadresse überführt werden kann. Wenn es zu Meinungsverschiedenheiten kommt, hat die Entscheidung des Arztes der Versicherungsgesellschaft Vorrang. Die *Versicherung* übernimmt im Verlängerungszeitraum die Kosten für bis zu zwei Begleitpersonen (vgl. Art. 11).

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 Handelssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, Großbritannien oder der Vereinigten Staaten von Amerika oder jeglichen anderen einschlägigen internationalen Rechtsvorschriften ausgesetzt ist.

Art. 29

Datenschutz

29.1: Die Vertraulichkeit von Patienten- und Kundendaten ist von überragender Wichtigkeit für die Firmen der Bupa Gruppe. Daher hält sich Bupa Global vollständig an maßgebliche Gesetzgebung zum Datenschutz und Richtlinien zur Schweigepflicht im medizinischen Bereich. Bitte lesen Sie die Datenschutzerklärung von Bupa Global über dem Glossar-Abschnitt.

Art. 30

Streitigkeiten, Gerichtsstand, etc.

30.1: *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.

Im Falle, dass *wir* eine Beschwerde nicht zufriedenstellend klären können, können Sie sich gegebenenfalls 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.

Irrtum und Auslassung vorbehalten.

Datenschutz- erklärung Bupa Global

Wir verpflichten *uns* dazu, im Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten stets Ihre Privatsphäre zu schützen. Diese Datenschutzerklärung gibt einen Überblick darüber, welche Daten *wir* über Sie erfassen und wie *wir* diese Daten nutzen und schützen. Er informiert Sie auch über Ihre Rechte (siehe Abschnitt 13 „Ihre Rechte“).

Falls Sie irgendwelche Fragen, Kommentare, Beschwerden oder Vorschläge bezüglich dieser Erklärung oder irgendwelche anderen Anliegen zu der Art und Weise haben, wie *wir* Daten über Sie verarbeiten, kontaktieren Sie bitte das Kundendienstteam von *Bupa Global Travel* unter +45 70 20 70 48. Sie können sich auch per E-Mail oder Post an unseren Datenschutzbeauftragten oder *unser* Datenschutzteam wenden: travel@ihi-bupa.com oder *Bupa Global Travel*, Palægade 8, DK-1261 Kopenhagen K, Dänemark.

Letzte Aktualisierung: November 2018

1. Informationen über *uns*
2. Anwendungsbereich unserer Datenschutzerklärung
3. Wie *wir* personenbezogenen Daten erfassen
4. Kategorien personenbezogener Daten
5. Wofür *wir* Ihre personenbezogenen Daten verwenden
6. Berechtigte Interessen
7. Marketing und Präferenzen
8. Profiling und automatisierte Entscheidungsfindung
9. Weitergabe Ihrer Daten
10. Anonymisierte und kombinierte Daten
11. Datentransfer außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)
12. Wie lange *wir* Ihre personenbezogenen Daten aufbewahren
13. Ihre Rechte
14. Datenschutzkontakte
15. Änderungen dieser Datenschutzerklärung

1. Informationen über uns

Zusammenfassung: In dieser Datenschutzerklärung steht „*wir*“, „*uns*“ und „*unser*“ für die Bupa-Unternehmen, die unter der Bezeichnung Bupa Global tätig sind.

Weitere Informationen: Je nach den Produkten und Leistungen, nach denen Sie sich erkundigen, die Sie kaufen oder verwenden, werden Ihre Informationen von unterschiedlichen Unternehmen unserer Gruppe bearbeitet, die jeweils darüber entscheiden, wie Ihre Informationen behandelt werden.

Bupa Global ist ein Handelsname der Bupa Global Designated Activity Company, Bupa Denmark, filial af Bupa Global DAC, Irland, Bupa Insurance Services Limited und Bupa Denmark Services A/S.

Bezüglich der internationalen privaten Krankenversicherung:

Die Bupa Global Designated Activity Company ist eine *Gesellschaft* mit festgelegtem Geschäftszweck (Designated Activity Company, DAC) nach irischem Recht mit Firmenregisternummer 623889 und eingetragenem Geschäftssitz in Second Floor, 10 Pembroke Place, Ballsbridge, Dublin 4, D04 V1W6. Sie untersteht der Aufsicht der Central Bank of Ireland.

Bupa Denmark ist in Dänemark mit der Firmenregisternummer CVR 31602742 registriert. Der Firmensitz liegt in Palægade 8, DK-1261 Kopenhagen K, Dänemark. Eingetragener Geschäftssitz ist 1 Angel Court, London, EC2R 7HJ und die *Gesellschaft* untersteht der Aufsicht der Financial Conduct Authority (Finanzaufsichtsbehörde) (Nummer 312526).

Bupa Denmark Services A/S, 8 Palægade, DK-1261 Kopenhagen K, Dänemark, mit Firmennummer 32451780 ist ein Vertreter der Bupa Global Designated Activity Company.

Bezüglich Travel:

Bupa Denmark, filial af Bupa Global DAC, Irland, mit Firmennummer 40168923, ist eine dänische Zweigstelle der Bupa Global Designated Activity Company, mit eingetragenem Firmensitz in Palaegade 8, DK-1261 Kopenhagen K, Dänemark, und steht unter der Aufsicht der Central Bank of Ireland sowie der begrenzten Aufsicht der dänischen Finanzaufsichtsbehörde (Finanstilsynet).

Bupa Denmark Services A/S, 8 Palægade, DK-1261 Kopenhagen K, Dänemark, mit Firmennummer 32451780 ist ein Vertreter der Bupa Global Designated Activity Company.

2. Anwendungsbereich unserer Datenschutzerklärung

Zusammenfassung: Diese Datenschutzerklärung gilt für jede Person („Sie“, „Ihr“), die in Verbindung mit unseren Produkten und Dienstleistungen in irgendeiner Form mit *uns* interagiert (zum Beispiel per E-Mail, über unsere Website, telefonisch oder anhand unserer App). Falls erforderlich, geben *wir* Ihnen weitere Datenschutzinformationen zu bestimmten Kontaktmethoden oder in Bezug auf bestimmte Produkte oder Leistungen.

Weitere Informationen: Diese Datenschutzerklärung gilt für Sie, wenn Sie sich über unsere Produkte und Leistungen erkundigen, diese kaufen oder verwenden. Er beschreibt, wie *wir* Ihre Daten bearbeiten, unabhängig von der Art, in der Sie sich mit *uns* in Verbindung setzen (zum Beispiel per E-Mail, über unsere Website, telefonisch, anhand unserer App und so weiter). Je nach der Art, in der *wir* miteinander interagieren, werden *wir* Ihnen gegebenenfalls weitere Informationen oder Hinweise zur Verfügung stellen. Wenn Sie zum Beispiel unsere App verwenden, können *wir* Ihnen Datenschutzerklärungen für die spezielle Art von Daten zur Verfügung stellen, die *wir* über diese App erfassen.

Wenn Sie Fragen haben sollten, setzen Sie sich bitte mit *uns* unter ihi@ihi.com in Verbindung.

3. Wie wir personenbezogenen Daten erfassen

Zusammenfassung: *Wir* erfassen personenbezogene Daten von Ihnen und von Dritten (z. B. von Bevollmächtigten wie Maklern, Gesundheitsdienstleistern und so weiter).

Wenn Sie uns Informationen über andere Personen zur Verfügung stellen, müssen Sie sicherstellen, dass diese Personen diese Datenschutzerklärung gesehen haben und damit einverstanden sind, dass Sie dies tun.

Weitere Informationen: Wie *wir* personenbezogene Daten von Ihnen erfassen:

- durch Ihren Kontakt mit *uns*, einschließlich per Telefon (*wir* können Telefonate aus Qualitätssicherungsgründen aufzeichnen oder überwachen, und ebenso, um die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften, Verhaltensregeln und interner Richtlinien sicherzustellen), per E-Mail, über unsere Websites, anhand unserer Apps, per Post, durch Ausfüllen von Anmeldeformularen oder anderer Formulare, durch die Teilnahme an Wettbewerben, über soziale Medien oder bei persönlichen Gesprächen (zum Beispiel bei ärztlichen Sprechstunden, Diagnostik und Behandlungen).

Wir erfassen auch Daten anderer Personen und Einrichtungen.

Für alle unsere Kunden gilt, dass wir Daten von folgenden Personen oder Stellen erfassen können:

- Ihrem Elternteil oder Vormund, wenn Sie jünger als 18 Jahre sind;
- einem Familienmitglied oder jemandem, der in Ihrem Auftrag handelt;
- Ärzten, anderen Klinikern und Fachkräften im Gesundheitswesen, Krankenhäusern, Kliniken und anderen Gesundheitsdienstleistern;
- Dienstleistungsanbietern, die in Verbindung mit Ihrem Produkt oder Ihrer Leistung mit *uns* zusammenarbeiten, wenn *wir* Ihnen diese nicht

direkt zur Verfügung stellen, zum Beispiel durch die Bereitstellung von Apps, medizinischen Behandlungen, Zahnbehandlungen oder Gesundheitsbewertungen;

- Unternehmen wie CACI oder Binleys, die in unserem Auftrag Befragungen zur Kundenzufriedenheit oder Marktforschung durchführen oder *uns* Statistiken und andere Informationen zur Verfügung stellen (zum Beispiel über Ihre Interessen, Käufe und die Art Ihres Haushalts), um *uns* bei der Verbesserung unserer Produkte und Dienstleistungen zu unterstützen;
- Wirtschaftsauskunfteien und Betrugsbekämpfungsorganen; und
- Quellen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen, wie das aktuelle Wählerverzeichnis oder soziale Medien.

Wenn wir Ihnen Versicherungsprodukte und -leistungen zur Verfügung stellen, können wir Daten von den folgenden Personen oder Stellen erfassen:

- dem Haupt-*Versicherungsnehmer*, wenn Sie ein im Rahmen einer Familienversicherungspolice versicherter Angehöriger sind;
- Ihrem Arbeitgeber, wenn Sie im Rahmen einer *Versicherungspolice* versichert sind, die Ihr Arbeitgeber abgeschlossen hat;
- Maklern oder anderen Vertretern (dabei kann es sich um Ihren eigenen Makler oder den Makler Ihres Arbeitgebers handeln); und
- anderen Dritten, mit denen *wir* zusammenarbeiten, wie in unserem Auftrag tätige Vertreter, andere Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Aktuar, Prüfer, Anwälte, Übersetzer und Dolmetscher, Steuerberater, Inkassounternehmen, Wirtschaftsauskunfteien, Betrugsbekämpfungsorgane (einschließlich Branchengruppen zur Bekämpfung von Versicherungsbetrug im Gesundheitswesen), Regulierungsbehörden, Datenschutzaufsichtsbehörden, medizinisches Fachpersonal, andere Gesundheitsdienstleister und Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen.

4. Kategorien personenbezogener Daten

Zusammenfassung: *Wir* verarbeiten drei Kategorien von personenbezogenen Daten über Sie und (falls zutreffend) Ihre Angehörigen:

- normale personenbezogene Daten (zum Beispiel Informationen, die verwendet werden, um Sie zu kontaktieren, zu identifizieren oder Ihre Beziehung zu *uns* zu verwalten); und
- besondere Kategorien von Informationen (zum Beispiel Informationen über Ihre Gesundheit, ethnische Herkunft und Religion, mit denen *wir* Ihre Pflege auf Sie abstimmen können) und
- Informationen über Straftaten und strafrechtliche Verurteilungen (etwa Informationen über Verbrechen in Verbindung mit der Einsicht in Register zur Verhinderung von Betrug und Geldwäsche).

Weitere Informationen:

Normale personenbezogene Daten sind:

- Kontaktinformationen wie Ihr Name, Benutzername, Ihre Anschrift, E-Mail-Adresse und Telefonnummern;
- das Land, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, Ihr Alter, Ihr Geburtsdatum und Ihre nationale Kennnummern (wie Ihre Sozialversicherungs- oder Passnummer);
- Informationen über Ihr Arbeitsverhältnis;
- Angaben über Kontakte zwischen Ihnen und *uns* wie etwa Beschwerden oder Vorfälle;
- finanzielle Informationen, wie etwa Informationen über Ihre Zahlungen und Ihre Bankangaben;
- die Ergebnisse unserer Bonitätsprüfungen oder Überprüfungen im Rahmen der Betrugsbekämpfung;
- Informationen darüber, wie Sie unsere Produkte und Leistungen verwenden, z. B. Versicherungsansprüche; und
- Informationen darüber, wie Sie unsere Website, Apps oder andere Technologien verwenden, einschließlich IP-Adressen oder andere Geräteangaben (weitere Informationen dazu finden Sie in unserer Cookie-Richtlinie unter <https://www.bupaglobal.com/en/legal/cookies>).

Besondere Kategorien personenbezogener Daten sind:

- Informationen über Ihre körperliche oder geistige Gesundheit, darunter genetische oder biometrische Informationen (*wir* erhalten diese Informationen u. U. durch Antragsformulare, die Sie ausgefüllt haben, durch Mitteilungen und Berichte über Ihre Gesundheit und Behandlungen und Pflegemaßnahmen, die Sie erhalten haben oder benötigen, oder sie werden während unseres Kontakts mit Ihnen aufgezeichnet, z.B. Informationen über Beschwerden oder Vorfälle, und Empfehlungen Ihrer derzeitigen Versicherungsgesellschaft, Kostenvoranschläge oder medizinische Leistungen, die Sie erhalten haben);
- Informationen über Ihre ethnische Herkunft und Religion (*wir* können diese Informationen Ihren medizinischen oder Pflegepräferenzen entnehmen, um Ihnen eine auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittene Pflege zu bieten); und Informationen über strafrechtliche Verurteilungen oder Straftaten (*wir* können diese Informationen im Zuge von Überprüfungen im Rahmen der Betrugs- und Geldwäschebekämpfung bzw. anderer Bonitätsprüfungen erhalten).

5. Wofür wir Ihre personenbezogene Daten verwenden

Zusammenfassung: *Wir* verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten zu den in dieser Datenschutzerklärung dargelegten Zwecken. *Wir* haben auch einige rechtliche Gründe aufgeführt, warum *wir* unter Umständen Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten (diese hängen davon ab, welche Kategorie von personenbezogenen Daten *wir* verarbeiten). Gewöhnlich verarbeiten *wir* personenbezogene Standarddaten, wenn dies erforderlich ist, um die in einem Vertrag festgelegten Leistungen zu erbringen, wenn es in unserem oder im berechtigten Interesse Dritter liegt bzw. nach geltendem Recht erforderlich oder zulässig ist. Im Folgenden finden Sie weitere Informationen darüber und über die Gründe, warum *wir* u. U. personenbezogene Daten besonderer Art verarbeiten müssen.

Weitere Informationen: Kraft Gesetzes müssen *wir* einen rechtmäßigen Grund zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben. *Wir* verarbeiten personenbezogene Daten über Sie, wenn:

- **dies notwendig ist, um die in einem Vertrag festgelegten Leistungen zu erbringen** Falls *wir* einen Vertrag mit Ihnen abgeschlossen haben, verarbeiten *wir* Ihre personenbezogenen Daten, um diesen Vertrag zu erfüllen (das heißt, Ihnen und Ihren Angehörigen unsere Produkte und Leistungen zur Verfügung zu stellen);
- **es in unserem oder im berechtigten Interesse Dritter ist** Einzelheiten zu berechtigten Interessen finden Sie in untenstehendem Abschnitt 6 „berechtigter Interessen“.
- **es gesetzlich erforderlich oder zulässig ist**.

Wir verarbeiten personenbezogene Daten besonderer Art über Sie, weil:

- **es aus präventiv- und arbeitsmedizinischen Gründen erforderlich ist**, um Ihre Arbeitsfähigkeit zu bewerten, zur medizinischen Diagnose, um Gesundheits- und Sozialpflege oder Behandlungen zur Verfügung zu stellen oder um Gesundheits- und Sozialfürsorgesysteme zu verwalten (einschließlich der Überwachung unserer klinischen und nicht-klinischen Leistung, um zu bewerten, ob *wir* die damit verbundenen Erwartungen erfüllen);
- **es aus Versicherungsgründen notwendig ist**, zum Beispiel, um Sie zu einem Versicherungsvertrag zu beraten, diesen zu gestalten, zur Verfügung zu stellen oder zu verwalten, einen unter einem Versicherungsvertrag geltend gemachten Anspruch zu bearbeiten, oder in Verbindung mit Rechten und Pflichten, die sich aus einem Versicherungsvertrag oder der Gesetzgebung ergeben);
- **es erforderlich ist, um einen Rechtsanspruch zu begründen, geltend zu machen oder zu verteidigen** (etwa Versicherungsansprüche an *uns*);

- **es zur Verhinderung oder Erkennung einer rechtswidrigen Handlung in Situationen erforderlich ist**, in denen *wir* ohne Ihre Genehmigung Kontrollen durchführen müssen, um das Ergebnis dieser Kontrollen nicht zu beeinträchtigen (zum Beispiel Kontrollen zur Betrugs- und Geldwäschebekämpfung oder zur Kontrolle anderer rechtswidriger Handlungen, oder zur Durchführung von Ermittlungen mit anderen Versicherungsunternehmen oder Dritten zum Zweck der Betrugserkennung);
- **es erforderlich ist, um die Öffentlichkeit vor Unehrllichkeit, Missbrauch oder anderem unangemessenem Verhalten zu schützen** (zum Beispiel Ermittlungen aufgrund eines Sicherheitsrisikos, die Beschwerde eines Mitglieds oder einer Behörde (wie der Care Quality Commission oder des General Medical Council), die *uns* über ein Problem informiert);
- **es im Rahmen geltender Gesetze im öffentlichen Interesse ist;**
- **es sich um Informationen handelt, die Sie öffentlich gemacht haben; oder**

wir Ihre Einwilligung haben. Nach der gängigen Praxis bitten *wir* Sie nur um Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, wenn es keinen anderen rechtlichen Grund gibt, diese zu verarbeiten. Wenn *wir* Sie um Ihre Einwilligung bitten müssen, machen *wir* deutlich, dass dies *unser* Anliegen ist, und *wir* bitten Sie, zu bestätigen, dass Sie *uns* Ihre Einwilligung geben. Wenn *wir* ein Produkt oder eine Dienstleistung nicht ohne Ihre Einwilligung zur Verfügung stellen können (*wir* können zum Beispiel ohne gesundheitsbezogene Informationen keine Gesundheitsstiftungen betreiben), machen *wir* dies deutlich, wenn *wir* um Ihre Einwilligung bitten. Wenn Sie Ihre Einwilligung später zurückziehen, können *wir* Ihnen die Produkte oder die Leistungen nicht mehr zur Verfügung stellen, die von Ihrer Einwilligung abhängen.

Informationen zu Straftaten und strafrechtlichen Verurteilungen:

Wo die irische Datenschutzgesetzgebung zur

Anwendung kommt, werden *wir* personenbezogene Daten zu strafrechtlichen Verurteilungen oder zur Verwicklung in strafrechtliche Verfahren nur unter bestimmten, zulässigen Umständen verarbeiten, und zwar unter anderem dann, wenn (1) dies zum Zweck eines Rechtsbeistands erforderlich ist bzw. im Zusammenhang mit Gerichtsverfahren oder um einen Rechtsanspruch bzw. Rechte zu begründen, geltend zu machen oder zu verteidigen; (2) dies erforderlich ist, um Verletzungen oder Schäden an Eigentum zu verhindern, bzw. um die grundlegenden Interessen einer Person zu wahren; (3) dies den Bestimmungen entspricht; (4) Sie der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesem Zweck ausdrücklich zugestimmt haben (Sie können Ihre erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen); und (5) wenn die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erforderlich und angemessen ist, um einen Vertrag zu erfüllen bzw. ein Vertragsverhältnis mit Ihnen einzugehen.

6. Berechtigte Interessen

Zusammenfassung: *Wir* verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten aus mehreren berechtigten Gründen, einschließlich der Verwaltung aller Aspekte unserer Beziehung zu Ihnen, zu Marketingzwecken, um unsere Leistungen und Produkte zu verbessern, um unsere Rechte geltend zu machen oder um Beschwerden zu bearbeiten. Weitere Informationen über unsere berechtigten Interessen sind im Folgenden aufgeführt.

Weitere Informationen: Berechtigtes Interesse ist einer der rechtlichen Gründe, aus dem *wir* Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten können. Unter Berücksichtigung Ihrer Interessen, Rechte und Freiheiten können *wir* die folgenden berechtigten Interessen haben, die es *uns* ermöglichen, Ihre personenbezogenen Daten zu verarbeiten:

- die Verwaltung unserer Beziehung mit Ihnen, unseres Geschäfts und unseres Verhältnisses zu Dritten, die Produkte oder Leistungen für *uns* zur Verfügung stellen (zum Beispiel um zu

überprüfen, ob eine Leistung für Sie erbracht wurde, die im Deckungsumfang Ihres Versicherungsschutzes enthalten ist, um Rechnungen zu validieren und so weiter);

- um im Auftrag Dritter Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung zu stellen (zum Beispiel Ihres Arbeitgebers);
- um sicherzustellen, dass Ansprüche effizient bearbeitet werden, und um Beschwerden zu prüfen (*wir* können zum Beispiel einen Behandlungsanbieter um Informationen bitten, um sicherzustellen, dass *wir* genaue Informationen erhalten, und um die Qualität Ihrer Behandlung und Betreuung zu überwachen);
- um unsere Aufzeichnungen auf dem neuesten Stand zu halten und Ihnen soweit gesetzlich zulässig Marketingmaterial zur Verfügung zu stellen;
- um Marketingaktivitäten zu entwickeln und durchzuführen und Ihnen auf Ihren Präferenzen basierende Informationen zu zeigen, die für Sie von Interesse sind (*wir* kombinieren Informationen, die Sie *uns* geben, mit Informationen über Sie, die *wir* von Dritten erhalten, um Sie besser zu verstehen);
- für statistische Untersuchungen und Analysen, damit *wir* Produkte, Leistungen, Websites und Apps überwachen und verbessern oder neue Websites und Apps entwickeln können;
- um *uns* mit Ihnen zum Zweck unserer Marktstudien in Verbindung zu setzen;
- um zu überwachen, wie gut *wir* im Fall von Gesundheitsdienstleistungen unsere klinischen und nicht-klinischen Leistungsanforderungen erfüllen;
- um unsere Website-Nutzungsbedingungen, unsere Versicherungsbedingungen oder andere Verträge durchzusetzen und anzuwenden, oder um unsere Rechte, *unser* Eigentum oder unsere Sicherheit (oder die/das unserer Kunden oder anderer Personen) zu schützen;
- um *unser* Recht auszuüben, Ansprüche abzuwehren und Gesetze und Vorschriften einzuhalten, die für *uns* und Dritte gelten, mit denen *wir* zusammenarbeiten; und
- wenn dies im Rahmen eines Verkaufs, Kaufs, Zusammenschlusses oder einer Geschäftsübernahme erfolgt, von dem oder der ein Teil oder das gesamte Bupa-Geschäft

betroffen ist.

7. Marketing und Präferenzen

Wir können personenbezogene Daten verwenden, um Ihnen per Post, telefonisch, durch soziale Medien, per E-Mail oder SMS-Nachricht Marketinginformationen zukommen zu lassen.

Wir können Ihre personenbezogenen Informationen nur verwenden, um Ihnen Marketingmaterial zu senden, wenn *wir* Ihre Einwilligung haben oder wie vorstehend beschrieben ein berechtigtes Interesse besteht.

Wenn Sie keine E-Mails von *uns* erhalten wollen, können Sie auf den Link „Abmelden“ klicken, der in allen von *uns* verschickten E-Mails erscheint. Wenn Sie keine SMS-Nachrichten von *uns* erhalten wollen, können Sie sich jederzeit mit *uns* in Verbindung setzen, um *uns* darüber zu informieren. Ansonsten können Sie *uns* jederzeit kontaktieren, um Ihre Kontaktpreferenzen zu aktualisieren. Nähere Informationen zur Kontaktaufnahme mit *uns* finden Sie in Abschnitt 14 „Datenschutzkontakte“.

Sie haben das Recht, Widerspruch gegen Direktmarketing und Profiling (die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten, um bestimmte Kriterien für Sie als Person festzulegen, zum Beispiel Ihre persönlichen Präferenzen und Ihre Interessen) in Verbindung mit Direktmarketing einzulegen. Näheres in untenstehendem Abschnitt 13 „Ihre Rechte“.

8. Datenverarbeitung für Profiling und automatisierte Entscheidungsfindung

Zusammenfassung: Wie viele Unternehmen, verwenden auch *wir* gelegentlich Automatisierungen, um Ihnen einen schnelleren, besseren, konsistenteren und fairen Service sowie Marketinginformationen zur Verfügung zu stellen, von denen *wir* denken, dass sie für Sie von Interesse sein könnten (einschließlich Rabatte auf unsere Produkte und Leistungen). Dies umfasst die Bewertung von Daten über Sie und in einigen Fällen die Benutzung von Technologien, um Ihnen automatische Antworten oder Entscheidungen zur

Verfügung zu stellen (automatisierte Entscheidungen). Nähere Angaben weiter unten unter „Weitere Informationen“.

Sie haben das Recht, sich Direktmarketing und Profiling zu Direktmarketingzwecken zu widersetzen (näheres siehe Abschnitt 13 „Ihre Rechte“). Sie haben u. U. auch das Recht, Widerspruch gegen andere Arten des Profilings und der automatisierten Entscheidungsfindung einzulegen. In diesen Fällen haben Sie das Recht, *uns* um die Prüfung einer automatisierten Entscheidung durch einen unserer Berater zu bitten, *uns* Ihre Meinung darüber mitzuteilen und *uns* dazu aufzufordern, die Entscheidung zu überdenken. Sie können *uns* kontaktieren, um von diesen Rechten Gebrauch zu machen. Die vollständigen Kontaktangaben finden Sie in Abschnitt 14 „Datenschutzkontakte“.

Weitere Informationen:

Kraft Gesetzes müssen *wir* Sie über Folgendes informieren:

- über den Einsatz einer automatisierten Entscheidungsfindung (das Treffen einer Entscheidung durch die Verwendung von Technologie und ohne die Beteiligung von Personen); und
- über den Einsatz von Profiling (die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten, um bestimmte Kriterien über Sie zu bewerten, zum Beispiel Ihre persönlichen Präferenzen und Ihre Interessen).

Der Grund dafür ist, dass Sie in Bezug auf die automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling bestimmte Rechte haben. Sie haben das Recht, Widerspruch gegen Profiling zu Direktmarketingzwecken einzulegen. Wenn Sie dies tun, sehen *wir* von Profiling zu Direktmarketingzwecken ab. Sie haben weiterhin das Recht, in anderen Situationen, die im Folgenden beschrieben werden, Widerspruch gegen Profiling einzulegen.

Wenn *wir* ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung beruhende Entscheidungen treffen, die Ihnen gegenüber rechtliche Wirkung entfalten oder Sie in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigen, werden *wir* Sie davon in Kenntnis setzen. Sie haben dann die Möglichkeit, *uns* innerhalb von 21 Tagen dazu aufzufordern, unsere Entscheidung zu überprüfen oder eine neue Entscheidung zu treffen, die nicht ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung beruht. Wenn *wir* einen *Antrag* von Ihnen erhalten, werden *wir* innerhalb von 21 Tagen ab Empfang dieses Antrags:

- den *Antrag* prüfen, einschließlich aller relevanten Informationen, die Sie zur Verfügung gestellt haben;
- Ihrem *Antrag* nachkommen; und
- Sie in schriftlicher Form über unsere Maßnahmen informieren, um Ihrem *Antrag* nachzukommen, und Sie vom Ergebnis in Kenntnis setzen.

Sie können *uns* kontaktieren (siehe Abschnitt 14 „Datenschutzkontakte“ für nähere Informationen), um sich über diese Rechte zu erkundigen (siehe untenstehenden Abschnitt 13 „Ihre Rechte“).

Profiling und automatisierte Entscheidungsfindung

Die nachstehend beschriebenen Verfahren sind sowohl mit Profiling als auch mit automatisierter Entscheidungsfindung verbunden.

- Je nach der Art des Gesundheitsversicherungsprodukts, das Sie in Anspruch nehmen wollen, werden *wir* Sie darum bitten, *uns* Informationen über Ihre Krankengeschichte zur Verfügung zu stellen. Dies hilft *uns* dabei, zu entscheiden, welchen Versicherungsschutz *wir* Ihnen anbieten können. *Wir* können Software zur Prüfung dieser Informationen verwenden, um zu ermitteln, ob Sie frühere oder bestehende Erkrankungen haben, für die *wir* Ihnen keine Versicherungsdeckung bieten können und die aus Ihrer Police ausgeschlossen werden müssen.
- *Wir* können Software verwenden, um auf der Grundlage der Informationen, die *wir* über Sie und andere Kunden haben, die Preise von

Produkten und Leistungen zu berechnen. Mithilfe unserer Technologie können *wir* zum Beispiel Informationen über Ihren Schadensverlauf analysieren und mit den Informationen über frühere Versicherungsansprüche vergleichen, die *wir* über Sie besitzen, um einzuschätzen, wie wahrscheinlich es ist, dass Sie einen Anspruch erheben. *Wir* können auch Ihr Alter, den Ort Ihres Wohnsitzes und andere mit Ihrer Gesundheit in Verbindung stehende Einzelheiten bewerten (zum Beispiel ob Sie rauchen), um Preise für gemeinschaftlich bewertete Produkte zu berechnen, die auf vordefinierten Gruppen mit ähnlichen Risikoprofilen basieren.

Profiling

Die im Folgenden beschriebenen Verfahren sind mit Profiling verbunden.

- Um bessere Ergebnisse zu erzielen, effizienter zu sein und Beratung zu unterschiedlichen Behandlungsoptionen anbieten zu können (zum Beispiel Alternativen zu chirurgischen Eingriffen oder anderen invasiven Behandlungen), können *wir* Software verwenden, um die Krankengeschichte und Informationen über die allgemeine Bevölkerung in einem Gebiet zu bewerten und Kunden zu identifizieren, die diese Beratung am meisten benötigen.
- Wenn die Erneuerung Ihrer Police fällig ist, teilt unsere Software *uns* dies mit. Sie kann auch Ihren Zahlungs- und Schadenverlauf, Informationen über ein bestimmtes Gebiet und andere Informationen von Dritten bewerten, um Ihnen automatisch Informationen über von *uns* angebotene Anreize und entsprechende Marketingbotschaften zu übermitteln.
- *Wir* beauftragen andere Unternehmen damit, einige unserer Verbraucher- und Marktanalysen durchzuführen, um unsere Marketingprozesse zu verbessern. Dies umfasst den Austausch personenbezogener Daten in Bezug auf unsere Kunden mit Dritten, die sich auf das Profiling und die Segmentierung von Personengruppen beziehen (das Zuordnen von unterschiedlichen Arten von Kunden in Gruppen auf Grundlage der zu ihnen erfassten

Informationen. Dies hilft *uns* dabei, unsere Produkte besser auf sie abzustimmen). Diese Unternehmen vergleichen die Informationen, die *wir* Ihnen geben, mit den Informationen, die sie aus anderen Quellen erhalten, um die Genauigkeit ihrer Analysen zu verbessern. *Wir* verwenden die Ergebnisse dieser Analysen, um Marketing und Angebote gezielt einzusetzen.

- *Wir* können Informationen über Produkte verwenden, die Sie und andere Kunden erworben haben, die sich für dieselben Produkte interessierten, um sicherzustellen, dass *wir* Ihnen Informationen über die Produkte zukommen lassen, für die Sie sich am ehesten interessieren.
- *Wir* können Ihre personenbezogenen Daten (einschließlich Namen, Geburtsdatum, Geschlecht und Land des Wohnsitzes) mit Drittunternehmen wie FINSCAN teilen, die für *uns* Überprüfungen zur Betrugsbekämpfung durchführen. *Wir* prüfen alle Ergebnisse, die dieser Prozess hervorbringt. (*Wir* verwenden dazu keine automatisierte Entscheidungsfindung).

9. Weitergabe Ihrer Daten

Zusammenfassung: *Wir* teilen Ihre Daten innerhalb der Bupa-Gruppe mit relevanten Versicherungsnehmern (einschließlich Ihres Arbeitgebers, falls Sie unter einer Gruppenversicherung abgedeckt sind), mit Versicherungsträgern, die in Ihrem Namen Dienste in Auftrag geben, jenen, die in Ihrem Auftrag handeln (z. B. Makler und andere Vermittler) und mit anderen, die *uns* helfen, Ihnen Leistungen zur Verfügung zu stellen (z. B. Gesundheitsdienstleister und Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen) oder von denen *wir* Informationen benötigen, um Forderungen oder Anwartschaften zu bearbeiten bzw. zu prüfen (z. B. Berufsgenossenschaften). *Wir* teilen Ihre Daten auch gemäß gesetzlichen Vorgaben.

Weitere Informationen: *Wir* müssen Ihre Daten aus den in dieser Datenschutzerklärung dargelegten Gründen gelegentlich mit anderen Personen oder Organisationen teilen.

Für alle unsere Kunden gilt, dass wir ihre Daten mit den folgenden Personen oder Stellen teilen:

- mit anderen Mitgliedern der Bupa-Gruppe;
- mit anderen Organisationen, denen Sie angehören oder mit denen Sie beruflich verbunden sind, um zu bestätigen, ob Sie zur Inanspruchnahme von Rabatten auf unsere Produkte und Leistungen berechtigt sind;
- mit Ärzten, anderen Klinikern und Fachkräften im Gesundheitswesen, Krankenhäusern, Kliniken und anderen Gesundheitsdienstleistern;
- mit Anbietern, die in unserem Auftrag Produkte und Leistungen zur Verfügung stellen;
- mit Personen oder Organisationen, mit denen *wir* kraft Gesetzes Ihre personenbezogenen Daten teilen müssen oder dürfen (zum Beispiel zur Betrugsbekämpfung oder aus Sicherheitsgründen, einschließlich der Care Quality Commission im VK und der Health Information and Quality Authority in Irland);
- mit der Polizei und anderen Strafverfolgungsbehörden zur Unterstützung bei der Ausübung ihrer Pflichten oder mit anderen, wenn *wir* dies kraft Gesetzes oder im Zuge eines Gerichtsbeschlusses tun müssen;
- mit potenziellen Käufern oder Verkäufern, wenn *wir* (oder ein Mitglied der Bupa-Gruppe) ein Geschäft oder Vermögenswerte verkaufen oder kaufen; und
- mit Dritten, die einen Teil oder alle Vermögenswerte der Bupa-Gruppe übernehmen (in welchem Fall die personenbezogenen Daten, die *wir* über Kunden oder Besucher der Website besitzen, zu den Vermögenswerten gehören können, die von den Dritten übernommen werden).

Wenn wir Ihnen Versicherungsleistungen zur Verfügung stellen oder eine Gesundheitsstiftung verwalten, teilen wir Ihre Daten mit:

- dem *Versicherungsnehmer* oder seinem Vertreter, wenn Sie nicht als Haupt-*Versicherungsnehmer* im Rahmen einer Einzelpolicy versichert sind (*wir* senden ihnen alle Kundendokumente und Informationen darüber, wie *wir* einen Anspruch bearbeitet haben. Alle Personen, die im Rahmen der Police

versichert sind, haben Zugriff auf die Korrespondenz und andere Informationen, die *wir* über *unser* Online-Portal zur Verfügung stellen);

- Ihrem Arbeitgeber (bzw. dessen Makler oder Vertreter) zur Verwaltung von Produkten oder Leistungen, wenn Sie als Mitglied oder Begünstigter im Rahmen der Gruppenversicherung Ihres Arbeitgebers versichert sind;
- Ihrem Makler oder Vertreter (oder beiden);
- anderen Dritten, mit denen *wir* zusammenarbeiten, wie in unserem Auftrag tätige Vertreter, andere Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Aktuare, Prüfer, Anwälte, Übersetzer und Dolmetscher, Steuerberater, Inkassounternehmen, Wirtschaftsauskunfteien, Betrugsbekämpfungsorgane (einschließlich Branchengruppen zur Bekämpfung von Versicherungsbetrug im Gesundheitswesen), Regulierungsbehörden, Datenschutzaufsichtsbehörden, medizinisches Fachpersonal, andere Gesundheitsdienstleister und Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen.
- Organisationen, die Ihre Behandlung und andere Leistungen zur Verfügung stellen, einschließlich Reisehilfsdienste.

Wenn *wir* Ihre personenbezogenen Daten weitergeben, stellen *wir* sicher, dass angemessene Maßnahmen zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten gemäß den Datenschutzgesetzen vorhanden sind.

10. Anonymisierte und kombinierte Daten

Wir unterstützen die ethisch anerkannte klinische Forschung. Zu Forschungs- und Statistikzwecken können *wir* anonymisierte Daten (ohne Namen und andere identifizierende Informationen) oder Daten verwenden, die mit Daten anderer Personen kombiniert werden, oder *wir* können diese Daten anderen gegenüber offenlegen. Sie können anhand dieser Daten nicht identifiziert werden und *wir* teilen diese Daten nur in Übereinstimmung mit rechtlichen Vereinbarungen, die einen vereinbarten, begrenzten Zweck festlegen und verhindern, dass die Informationen für kommerzielle Zwecke

verwendet werden.

11. Datentransfer außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)

Wir haben Geschäftsbeziehungen zu vielen internationalen Institutionen und Unternehmen und nutzen globale Informationssysteme. Infolgedessen übertragen *wir* Ihre persönlichen Daten zu den in dieser Datenschutzerklärung ausgewiesenen Zwecken in Länder außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums (EWR), d.h. die EU-Mitgliedstaaten und Norwegen, Liechtenstein und Island. Nicht alle Länder außerhalb des EWR haben Datenschutzgesetze, die mit den im EWR geltenden Gesetzen vergleichbar sind, und wenn derartige Gesetze vorhanden sind, kann die Europäische Kommission diese als unzureichend für das erforderliche Datenschutzniveau erachten.

Wir treffen Vorkehrungen, um sicherzustellen, dass beim Transfer Ihrer personenbezogenen Daten in ein anderes Land angemessene Schutzmaßnahmen getroffen werden, die den Datenschutzgesetzen entsprechen. Diese Schutzmaßnahmen sind oft in einem Vertrag mit dem Unternehmen festgelegt, welches diese Daten erhält. Für weitere Informationen über diese Schutzmaßnahmen kontaktieren Sie *uns* bitte unter ih@ihi.com.

12. Wie lange wir Ihre personenbezogenen Daten aufbewahren

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit im Hinblick auf folgende Kriterien festgelegten Fristen auf:

- Dauer der Kundenbeziehung mit *uns*, die Art der Produkte oder Dienstleistungen, die Sie von *uns* erhalten, und Zeitpunkt der Beendigung der Kundenbeziehung mit *uns*;
- angemessener Zeitraum zur Führung von Aufzeichnungen, um belegen zu können, dass *wir* unsere gesetzlichen Verpflichtungen und unsere Verpflichtungen Ihnen gegenüber erfüllen;
- bestehende Fristen für das Geltendmachen von Ansprüchen;

- jeglicher Zeitraum für die Aufbewahrung von Informationen, der gesetzlich festgelegt ist oder von Regulierungsbehörden, Berufsverbänden oder Vereinigungen empfohlen wird;
- jegliche relevanten und anwendbaren Verfahrensvorschriften.

Wenn Sie weitere Informationen über die Aufbewahrungsfristen Ihrer Daten erhalten möchten, kontaktieren Sie *uns* bitte unter ih@ihi.com.

13. Ihre Rechte

Zusammenfassung: Sie haben das Recht, auf Ihre Daten zuzugreifen und *uns* dazu aufzufordern, Fehler zu korrigieren, Daten zu löschen und die Verwendung Ihrer Daten einzuschränken. Des Weiteren haben Sie das Recht, Widerspruch gegen unsere Nutzung Ihrer Daten einzulegen, *uns* aufzufordern, die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten zu übertragen, Ihre Einwilligung zur Verwendung Ihrer Daten zurückzuziehen und *uns* dazu aufzufordern, keine automatisierte Entscheidungsfindung zu verwenden, die Sie beeinträchtigen kann.

Weitere Informationen: Sie haben die nachfolgend genannten Rechte (es gelten bestimmte Ausnahmen).

- **Recht auf Auskunft:** Sie haben das Recht, in schriftlicher Form Einzelheiten über Ihre personenbezogenen Daten und eine Kopie dieser personenbezogenen Daten anzufordern.
- **Recht auf Richtigstellung:** Sie haben das Recht zu verlangen, dass unrichtige Daten über Sie korrigiert oder entfernt werden.
- **Recht auf Löschung (Recht auf Vergessenwerden):** Sie haben das Recht zu verlangen, dass bestimmte personenbezogene Daten über Sie aus unseren Aufzeichnungen gelöscht werden.
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Sie haben das Recht, *uns* dazu aufzufordern, dass Ihre personenbezogenen Daten nur für eingeschränkte Zwecke verwendet werden.

- **Recht auf Widerspruch:** Sie haben das Recht, Widerspruch gegen die Verarbeitung (einschließlich Profiling) Ihrer personenbezogenen Daten unsererseits in Fällen einzulegen, in denen die Verarbeitung dieser Daten auf einer Tätigkeit basiert, die im öffentlichen Interesse ausgeführt wird, oder wenn *wir* Sie darüber informiert haben, dass es erforderlich ist, Ihre Daten in unserem oder dem berechtigten Interesse Dritter zu verarbeiten. Sie können Widerspruch gegen die Verwendung Ihrer Daten für Direktmarketing und Profiling zu Direktmarketingzwecken einlegen.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, sich oder einem Dritten Daten in einem gängigen maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen, die Sie *uns* zur Verfügung gestellt haben.
- **Recht auf Widerruf Ihrer Einwilligung:** Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt und *wir* werden Sie davon in Kenntnis setzen, falls *wir* Ihnen Ihre ausgewählten Produkte oder Dienstleistungen nicht länger zur Verfügung stellen können.
- **Recht in Bezug auf automatisierte Entscheidungen:** Sie haben das Recht, nicht einer ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung beruhenden Entscheidung unterworfen zu werden, die Ihnen gegenüber rechtliche Wirkung entfaltet oder Sie in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigt, sofern dies nicht für den Abschluss eines Vertrags mit Ihnen erforderlich bzw. gesetzlich zulässig ist oder Sie die Einwilligung dazu gegeben haben. *Wir* teilen Ihnen mit, ob *wir* automatisierte Entscheidungen treffen, welche rechtlichen Gründe *wir* dafür haben und welche Rechte Sie haben.

begrenzt. Das bedeutet, dass Sie diese Rechte nicht immer in allen Fällen beanspruchen können. *Wir* teilen Ihnen in unserer Korrespondenz mit, wie *wir* Ihrem *Antrag* in Bezug auf Geltendmachung Ihrer Rechte entsprechen können.

Wenn Sie einen *Antrag* stellen, bitten *wir* Sie, Ihre Identität zu bestätigen, wenn dies erforderlich ist, und *uns* Informationen zur Verfügung zu stellen, die *uns* dabei helfen, Ihren *Antrag* besser zu verstehen. Wenn *wir* Ihrem *Antrag* nicht entsprechen können, werden *wir* Ihnen den Grund dafür mitteilen.

Um Ihre Rechte geltend zu machen, kontaktieren Sie *uns* bitte unter ih@ih.com.

14. Datenschutzkontakte

Falls Sie irgendwelche Fragen, Kommentare, Beschwerden oder Vorschläge bezüglich dieser Erklärung oder irgendwelche anderen Anliegen zu der Art und Weise haben, wie *wir* Daten über Sie verarbeiten, kontaktieren Sie bitte das Kundendienstteam von *Bupa Global Travel* unter +45 70 20 70 48. Sie können sich auch per E-Mail oder Post an unseren Datenschutzbeauftragten oder *unser* Datenschutzteam wenden: travel@ih-bupa.com oder *Bupa Global Travel*, Palægade 8, DK-1261 Kopenhagen K, Dänemark.

Sie haben auch das Recht, sich bei die relevant Aufsichtsbehörde zu beschweren. Die Aufsichtsbehörde von *Bupa Global Travel's* ist:

Datilsynet
Borgergade 28,5
DK-1300 Kopenhagen K
Dänemark

Telefon: +45 33 19 32 00

Sie können auch eine Beschwerde bei einer anderen Aufsichtsbehörde vorbringen, die sich in dem Land oder Gebiet befindet, in dem

- Sie leben;
- Sie arbeiten; oder
- die Angelegenheit vorgefallen ist, über die Sie sich beschweren.

Bitte beachten Sie: Abgesehen von Ihrem Recht, Widerspruch gegen unsere Verwendung Ihrer Daten für Direktmarketing (und für Profiling zu Direktmarketingzwecken) einzulegen, sind Ihre Rechte bezüglich Ihrer personenbezogenen Daten

15. Änderungen dieser Datenschutzerklärung

Wir behalten *uns* das Recht vor, die vorliegende Datenschutzerklärung jederzeit zu ändern, auch was die oben beschriebenen Aktivitäten zur Datenverarbeitung angeht, die sich jederzeit ändern können. Sie können auf unserer Website jederzeit die aktuellste Version unserer Datenschutzerklärung einsehen. Die Adresse: www.bupaglobal.com/privacypolicy.

Glossar

Gültig ab Datum des Inkrafttretens oder der Erneuerung der Police in 2020.

Dieses Glossar mit Definitionen ist ein Teil der Versicherungsbedingungen.

Irrtum und Auslassung vorbehalten

Definierter Begriff	Beschreibung
<i>Akute ernsthafte Erkrankung</i>	Als akute, ernsthafte Erkrankung gilt eine plötzliche und unerwartete Krankheit, die unverzügliche Behandlung erfordert.
<i>Allgemeine Versicherungsbedingungen</i>	Die Bedingungen der abgeschlossenen <i>Versicherung</i> .
<i>Ambulante Behandlung</i>	Chirurgische Eingriffe/Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Klinik, wenn ein Bett nicht medizinisch erforderlich ist.
<i>Angemessene und branchenüblich</i>	Der 'übliche' oder 'akzeptierte Normalbetrag', der für eine spezifische, von Behandlungsanbietern vergleichbarer Qualität und Erfahrung geleistete Gesundheitsbehandlung, -eingriff oder -leistung in einem geographischen Gebiet zu zahlen ist. Die Höhe dieser Kosten kann von Richtlinien, die von der entsprechenden Regierung oder offiziellen medizinischen Körperschaften in diesem bestimmten geographischen Gebiet geregelt werden oder kann von unserer Erfahrung über die üblichen und verbreitetsten Kosten in diesem Gebiet bestimmt werden.

Definierter Begriff	Beschreibung
<i>Anschlussflug</i>	Ein Flug im Anschluss an einen vorangegangenen Flug mit einer Unterbrechung von mindestens 3 und höchstens 12 Stunden.
<i>Antrag</i>	Das Antragsformular und der Medizinische Fragebogen.
<i>Antragsteller</i>	Die auf dem Antragsformular und dem Medizinischen Fragebogen erwähnte Person, die eine Krankenversicherung beantragt.
<i>Bereits bestehende Krankheiten</i>	Darunter fallen alle Krankheiten, die sich vor Versicherungsabschluss bereits durch Symptome bemerkbar gemacht haben und/oder für die der <i>Versicherte</i> ins Krankenhaus eingeliefert, von einem Arzt behandelt oder anderweitig medizinisch versorgt wurde.
<i>Bupa Global Travel (einschl. wir/uns/ unser)</i>	Bupa Denmark, filial af Bupa Global DAC, Irland, mit der Firmennummer 40168923, und tätig als <i>Bupa Global Travel</i> , ist eine dänische Zweigstelle der Bupa Global Designated Activity Company (Bupa Global DAC) mit eingetragenem Firmensitz in Palaegade 8, DK-1261 Kopenhagen K, Dänemark. Bupa Global DAC ist in Irland mit der Firmennummer 623889 eingetragen. <i>Bupa Global Travel</i> steht unter der Aufsicht der Central Bank of Ireland sowie der begrenzten Aufsicht der dänischen Finanzaufsichtsbehörde (Finanstilsynet).
<i>Datum des Inkrafttretens</i>	Das in der <i>Versicherungspolice</i> aufgeführte <i>Datum des Inkrafttretens</i> , wenn nicht anders in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegeben ist.
<i>Einfacher Diebstahl</i>	Ein Diebstahl, der zum Zeitpunkt der Tat nicht bemerkt wird.
<i>Gepäck</i>	Koffer, Kleidungsstücke, Toilettengegenstände, Bücher, Fotoausrüstung, Mobiltelefone und Laptop-Computer.

Definierter Begriff	Beschreibung
<i>Gesellschaft</i> , die	Bupa Denmark, Filial af Bupa Global DAC, Irland, mit der Firmennummer 40168923, und tätig als <i>Bupa Global Travel</i> , ist eine dänische Zweigstelle der Bupa Global Designated Activity Company (Bupa Global DAC) mit eingetragenem Firmensitz in Palaegade 8, DK-1261 Kopenhagen K, Dänemark. Bupa Global DAC ist in Irland mit der Firmennummer 623889 eingetragen. <i>Bupa Global Travel</i> steht unter der Aufsicht der Central Bank of Ireland sowie der begrenzten Aufsicht der dänischen Finanzaufsichtsbehörde (Finanstilsynet).

<i>Krankenhausaufenthalt</i>	Chirurgische Eingriffe oder medizinische Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Klinik, wenn ein Bett über Nacht medizinisch erforderlich ist.
------------------------------	---

<i>Mitversicherte/r</i>	Eine Person, die von der gleichen Multi-Trip Jahresreise- oder Einzelreise-Versicherung umfasst ist wie der <i>Versicherungsnehmer</i> und deren Namen auf der <i>Versicherungspolice</i> oder Versicherungskarte aufgeführt ist.
-------------------------	---

Definierter Begriff	Beschreibung
<i>Nächste Verwandte</i>	" <i>Nächste Verwandte</i> " bedeutet die folgenden Personen in der nachfolgend genannten Reihenfolge: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ehegatten ○ Zivilpartner (vorausgesetzt, die nachfolgenden Bedingungen sind erfüllt) ○ leibliche Kinder/Erben ○ Berechtigte eines Testaments/einer Erbschaft.

Der *nächste Verwandte* 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, oder
- 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 "*Nächsten Verwandten*" als Berechtigten vorsehen, ist ein Zivilpartner nicht zur Auszahlung unter der *Versicherung* berechtigt. Sollte der *Versicherungsnehmer* jedoch nach dem 1. Januar 2008 den "*Nächsten Verwandten*" 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.

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

<i>Nicht anerkannter Arzt/nicht anerkannte Einrichtung</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <i>unser</i> Versicherungsangebot nicht länger anerkannt ist; ○ Behandlung durch jedwede Person, die den gleichen Wohnsitz hat wie der <i>Versicherte</i> oder zu dem <i>Versicherten</i> engen Familienangehörigen gehört oder einem Unternehmen im Besitz einer der oben genannten Personen angeschlossen ist.
--	--

<i>Registriertes Gepäck</i>	<i>Gepäck</i> , das bei einem Verkehrsträger aufgegeben wurde, bei dem es sich um ein Transportunternehmen handelt, das über die Lizenz verfügt, Personen auf dem Land, Wasser oder in der Luft zu befördern, unter Ausnahme von Taxis oder Mietwagenunternehmen.
-----------------------------	---

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

<i>Reiseantritt</i>	Eine Reise anzutreten bedeutet, die Sicherheitskontrolle am Flughafen zu durchlaufen, bei Seereisen aus dem Hafen auszulaufen oder die Grenze zu überqueren, wenn andere Beförderungsmittel benutzt werden.
---------------------	---

Definierter Begriff	Beschreibung
<i>Schaden</i>	Ein finanzieller Anspruch, der ganz oder teilweise von der <i>Gesellschaft</i> rückerstattet wird. Bei Bearbeitung des Schadens ist der Zeitpunkt der Behandlung entscheidend und nicht der Zeitpunkt der Entstehung der Verletzung/Erkrankung.

<i>Schwere Verletzung</i>	Als schwer gilt eine Verletzung nur nach Untersuchung und übereinstimmender Beurteilung durch den behandelnden Arzt und durch den Vertrauensarzt die <i>Gesellschaft</i> .
---------------------------	--

<i>Versicherte</i>	Der <i>Versicherungsnehmer</i> und oder die Angehörigen, die auf der gültigen <i>Versicherungspolice</i> aufgeführt sind.
--------------------	---

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

<i>Versicherungsnehmer</i>	Die (juristische oder physische) Person, die den Vertrag mit der <i>Gesellschaft</i> abgeschlossen hat.
----------------------------	---

<i>Versicherungspolice</i>	Detaillierte Angaben über Art der <i>Versicherung</i> , Selbstbeteiligung und andere besondere Bedingungen.
----------------------------	---

<i>Wertpapiere</i>	Eintrittskarten für Museen, Fußballspiele, Theater- und Opernvorführungen usw.
--------------------	--

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

