

Wenn aus Ihren
Ideen Pläne werden.

OLB
BANK

Gold Reiseversicherung.





INHALT

LEISTUNGSTABELLE	1
IHRE REISELEISTUNGEN	2
EINLEITUNG	2
ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	3
§ 5. ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE	5
§ 8. WICHTIGE GESUNDHEITLICHE VORAUSSETZUNGEN	7
§ 9. ALTERSGRENZEN	7
§ 10. NUTZUNG IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN	7
NOTFALLHILFE	9
GEGENSEITIGE GESUNDHEITSABKOMMEN / EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE	9
WICHTIGE INFORMATIONEN	9
WICHTIGE EINSCHRÄNKUNGEN BEI REISERÜCKTRITT	10
DEFINITIONEN	5
SPORTARTEN UND AKTIVITÄTEN	14
LEISTUNGSABSCHNITTE	15
GEPÄCKVERSICHERUNG AUF REISEN UND IM AUSLAND	15
MEDIZINISCHE KOSTEN UND NOTFALLHILFE	16
REISEUNFALL	18
REISERÜCKTRITT	19
KONTAKT	23
EINEN SCHADEN MELDEN	23



LEISTUNGSTABELLE

Leistung	Leistungsgrenze
Alle Beträge sind Höchstbeträge pro begünstigter Person und Schadensfall, sofern nicht anders angegeben.	
Gepäckversicherung auf Reisen im Ausland	
Gepäck, Höchstbetrag pro Reise insgesamt für alle gemeinsam reisenden begünstigten Personen	bis zu 1.000 Euro
Gepäck, Höchstbetrag pro Person	bis zu 500 Euro
- Einzelgegenstand, höchstens	bis zu 250 Euro
- Wertgegenstände, höchstens	bis zu 250 Euro
Geld, Höchstbetrag pro Reise insgesamt für alle gemeinsam reisenden begünstigten Personen	bis zu 250 Euro
- Höchstgrenze für Bargeld, über 16 Jahre	bis zu 150 Euro
- Höchstgrenze für Bargeld, unter 16 Jahre	bis zu 50 Euro
Reisedokumente, Höchstbetrag pro Reise insgesamt für alle gemeinsam reisenden begünstigten Personen	bis zu 250 Euro
Medizinische Kosten und Notfallhilfe	
Medizinische Kosten und Rückführungskosten	bis zu 100.000 Euro
Nach Schwangerschaftskomplikationen entbundene Kinder	bis zu 100.000 Euro
Zahnärztliche Notfallbehandlung	bis zu 250 Euro
Ausreise naher Angehöriger bei stationärer Aufnahme	bis zu 75 Euro pro Tag, maximal 10 Tage + Economy-Flug
Verlängerter Aufenthalt der begünstigten Person/Begleitperson	bis zu 75 Euro pro Tag, maximal 10 Tage + Economy-Flug
Beerdigungskosten und Rückführung der sterblichen Überreste	bis zu 4.500 Euro
Reiseunfall	
Reiseunfall	125.000 Euro
- Verlust des Lebens (unter 18 oder 71 Jahre und älter)	2.000 Euro
- Alle Leistungen (71 Jahre und älter)	2.000 Euro
Reiserücktritt	
Reiserücktritt, Höchstbetrag pro Reise insgesamt für alle gemeinsam reisenden begünstigten Personen	bis zu 5.000 Euro



IHRE REISELEISTUNGEN

HINWEIS: Zur besseren Lesbarkeit wird in den folgenden Ausführungen auf die explizite Nennung der weiblichen Form verzichtet. Beachten **Sie** folgende Hinweise zum Versicherungsvertrag

EINLEITUNG

Dieses Dokument ist kein Versicherungsvertrag, sondern eine Darstellung der Versicherungsleistungen, die **Ihnen** als Inhaber **Ihrer** Gold Card von Oldenburgische Landesbank AG angeboten werden. Diese Leistungen können gewährt werden, weil Mastercard Europe S.A. eine Versicherung bei Inter Partner Assistance S.A. abgeschlossen hat.

Mastercard Europe S.A. ist der einzige Versicherungsnehmer und nur Mastercard Europe S.A. kann unmittelbare Rechte aus der Versicherung gegenüber dem Versicherer geltend machen. Es entstehen **Ihnen** durch diesen Vertrag also keine unmittelbaren Rechte aus dem Versicherungsvertrag, aber **Sie** können als KARTENINHABER einer Oldenburgische Landesbank AG Gold Card Leistungen daraus in Anspruch nehmen. Die Voraussetzung dafür, dass **Sie** diese Leistungen in Anspruch nehmen können, ist die genaue Einhaltung der Vertragsbedingungen. Dieses Dokument ist **Ihr** Leistungskatalog und enthält Angaben zu den Versicherungsleistungen, Versicherungsbedingungen und Ausschlüssen für Oldenburgische Landesbank AG Gold Karteninhabern und bildet die Grundlage für die Regulierung aller von **Ihnen** gemeldeten Schadensfälle. Dieses Abkommen gibt **Ihnen** keine direkten Rechte aus der Versicherungspolice, es ermöglicht **Ihnen** Gold Card Karteninhaber der Oldenburgischen Landesbank AG, Leistungen zu erhalten. Die strikte Einhaltung der Bestimmungen und Bedingungen dieses Abkommens ist erforderlich, wenn **Sie** seine Leistungen erhalten wollen.

Bitte beachten **Sie**, dass wir **Ihnen** empfehlen, diese Dokumente sorgfältig aufzubewahren.

§ 1. INFORMATIONEN ZUM VERSICHERER

Die Leistungen und Services aus dieser Versicherung werden unmittelbar von Inter Partner Assistance S.A. und **Ihren** Niederlassungen (sowie gegebenenfalls durch von IPA beauftragte Unternehmen der AXA Gruppe) erbracht und verwaltet. Inter Partner Assistance SA wird von der Belgischen Nationalbank reguliert.

Im Hinblick auf **ihre** Geschäftstätigkeit in Deutschland wird die Inter Partner Assistance SA darüber hinaus in dem in § 62 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorgesehenen Umfang auch von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) reguliert.

VERSICHERER

Die Leistungen und Services aus dieser Versicherung werden unmittelbar von Inter Partner Assistance SA und ihren Niederlassungen (sowie gegebenenfalls durch von IPA beauftragte Unternehmen der AXA Gruppe) erbracht und verwaltet.

Inter Partner Assistance SA wird von der Belgischen Nationalbank reguliert. Im Hinblick auf ihre Geschäftstätigkeit in Deutschland wird die Inter Partner Assistance SA darüber hinaus in dem in § 62 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorgesehenen Umfang auch von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) reguliert.

§ 2. ANWENDBARES RECHT

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 3. VERTRAGSSPRACHE

Die Vertragsbedingungen und Informationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt. Während der Laufzeit des Vertrages erfolgt die Kommunikation ausnahmslos in deutscher Sprache.

§ 4. BESCHWERDEVERFAHREN

Wir setzen **uns** stets dafür ein, Ihnen den höchsten Servicestandard zu bieten. Sollte **unser** Service **Ihren** Erwartungen an **uns** einmal nicht gerecht werden, haben **Sie** folgende Möglichkeiten.

Sie können das Complaints Team, das für **Sie** eine Untersuchung durchführen wird, kontaktieren unter: +4933556223114.

Falls nach **unserer** Prüfung der Beschwerde keine Einigung erzielt werden kann, können **Sie** sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

The Ombudsman for Insurance - Ombudsman van de verzekeringen square of Meeûs 35,
Brussels, 1000 Belgium

Telefonnummer: +32 (0) 2 547 58 71

Faxnummer: +32 (0) 2 547 59 75 E-mail: info@ombudsman.as

Webseite : <http://www.ombudsman.be>

Der **Ihnen** zustehende Rechtsweg bleibt von diesem Verfahren unberührt.

Es ist immer von Vorteil Kopien aller eingereichten Dokumente aufzubewahren

§ 5. AUFSICHTSBEHÖRDE

Die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde ist die Belgische Nationalbank, Boulevard de Berlaimont 3, 1000 Bruxelles, Belgien, die wie folgt erreichbar ist:

Telefonnummer: +32 (0) 2 221 21 11

info@nbb.be

Webseite; <http://www.nbb.be>

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

§ 1. VERSICHERUNGSNEHMER

Versicherungsnehmer ist die Mastercard Europe S.A., Chaussée de Tervuren 198, 1410 Waterloo, Belgien.

§ 2. VERSICHERTE PERSON

Versicherte Personen sind diejenigen Personen, die zum Zeitpunkt des anspruchsbegründenden Ereignisses ein rechtmäßiger Oldenburgische Landesbank AG Gold Card Karteninhaber sind. Oldenburgische Landesbank AG informiert **Sie** über alle wesentlichen Änderungen dieser Bedingungen oder eine Kündigung oder den Ablauf dieser Versicherung ohne Erneuerung zu gleichen Bedingungen.

Die versicherten Personen müssen Ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

§ 3. VERTRAGSGEGENSTAND

Gegenstand des Vertrages sind die in den nachfolgend aufgeführten Abschnitten beschriebenen Versicherungs- und Assistancedienstleistungen für Karteninhaber der Oldenburgische Landesbank AG Gold Card .

§ 4. GELTUNGSBEREICH DES VERSICHERUNGSSCHUTZES UND OBLIEGENHEITEN

Sie müssen folgende Bedingungen einhalten, um den vollständigen Versicherungsschutz aus diesem

Versicherungsvertrag in Anspruch nehmen zu können. Wenn **Sie** diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können **wir** nach unserer Wahl die Bearbeitung **Ihres** Antrags ablehnen oder Versicherungsleistungen kürzen.

- 4.1. Um Anspruch auf Versicherungsschutz aus dieser Leistungstabelle zu haben, müssen **Sie Ihre Reise** vollständig mit **Ihrer** versicherten Karte bezahlen, und alle Anzahlungen für Reisen und/oder Unterbringung müssen **Ihrer versicherten Karte** belastet werden.
- 4.2. Die Altershöchstgrenze für Leistungen im Rahmen von MEDIZINISCHE KOSTEN UND NOTFALLHILFE und Leistungen im Zusammenhang mit einer **Erkrankung** im Abschnitt REISERÜCKTRITT beträgt 80 Jahre.
- 4.3. Ein Versicherungsschutz für Leistungen im Abschnitt MEDIZINISCHE KOSTEN UND NOTFALLKOSTEN ist im Wohnsitzland ausgeschlossen.
- 4.4. **Sie** müssen mit der üblichen Sorgfalt und unter Ergreifung aller angemessenen Vorsichtsmaßnahmen darauf achten, einen Schadensfall zu vermeiden. **Sie** müssen sich so verhalten, als wären **Sie** nicht versichert, und alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um **Ihre** Verluste so gering wie möglich zu halten. Zudem müssen **Sie** angemessene Maßnahmen ergreifen, um weitere Schäden zu verhindern und fehlende Gegenstände zurückzuerlangen.
- 4.5. **Sie** müssen **uns** im Notfall oder im Fall **Ihrer** stationären Aufnahme so schnell wie möglich benachrichtigen (bei ambulanten Behandlungen oder leichteren Krankheiten oder Verletzungen (außer Frakturen) bezahlen **Sie** bitte zunächst die Behandlung und beantragen dann die Erstattung der Kosten).
- 4.6. Wenn **Sie** einen Schadensfall festgestellt haben, informieren **Sie uns** darüber bitte innerhalb von 28 Tagen und senden **Sie uns** die ausgefüllten Formulare mit allen zusätzlich angeforderten Unterlagen so schnell wie möglich zu.
- 4.7. **Sie** müssen alle Schadensfälle der örtlichen Polizei in dem Land melden, wo **sie** sich ereignen, und eine Straf- oder Verlustanzeige stellen, die eine Vorgangsnummer enthält.
- 4.8. **Sie** dürfen keine versicherten Gegenstände zurücklassen, damit **wir uns ihrer** annehmen, und müssen beschädigte Gegenstände aufbewahren, da **wir** sie eventuell untersuchen müssen.
- 4.9. **Sie** müssen alle von **uns** auf Seite 20 geforderten notwendigen Unterlagen auf **Ihre** Kosten zur Verfügung stellen. **Wir** bitten **Sie** möglicherweise um weitere Unterlagen als die unten aufgeführten, um **Ihren** Anspruch zu prüfen. **Ihr** Antrag kann abgelehnt werden, wenn **Sie uns** die erforderlichen Unterlagen nicht zur Verfügung stellen.
- 4.10. **Sie** oder **Ihre** gesetzlichen Vertreter müssen **uns** auf **Ihre** eigenen Kosten alle Informationen, Nachweise, ärztlichen Atteste, Originalrechnungen, Belege und Berichte vorlegen und gegebenenfalls benötigte Unterstützung gewähren sowie Angaben zu anderen Versicherungen machen, in deren Rahmen der Schaden möglicherweise versichert ist. **Wir** können die Erstattung von Kosten verweigern, für die **Sie** keine Belege oder Rechnungen vorweisen können. Bitte bewahren **Sie** Kopien aller an **uns** gesendeten Dokumente auf.
- 4.11. **Sie** dürfen ohne **unsere** Zustimmung keine Ansprüche anerkennen, leugnen, beilegen, abweisen, verhandeln oder Vergleiche eingehen.
- 4.12. **Sie** müssen **uns** unverzüglich informieren und schriftlich alle Einzelheiten mitteilen, wenn jemand **Sie** für Sach- oder **Personenschäden** verantwortlich macht. **Sie** müssen **uns** unverzüglich alle Schriftstücke oder Vorladungen oder sonstigen Dokumente zusenden, die sich auf **Ihren** Anspruch beziehen.
- 4.13. Im Schadensfall müssen **Sie** sich auf **unsere** Aufforderung und auf **unsere** Kosten von einem **Arzt unserer** Wahl untersuchen lassen, so oft dies begründeterweise erforderlich ist, bevor **wir** eine Forderung bezahlen; im Falle **Ihres** Todes haben wir das Recht, auf unsere Kosten eine Obduktion zu verlangen.

- 4.14. Wenn **wir Ihnen** Transport organisieren oder **Ihren** Anspruch regulieren und **Sie** infolgedessen ungenutzte Reisetickets haben, müssen **Sie uns** diese übergeben. Sollten **Sie** dies versäumen, ziehen **wir** den Preis der Tickets von Zahlungen an **Sie** ab.
- 4.15. **Wir** sind berechtigt, nach **unserem** Ermessen in **Ihrem** Namen, jedoch auf **unsere** Kosten:
- » die Regulierung eines Schadens zu übernehmen,
 - » in **Ihrem** Namen rechtliche Schritte zu unternehmen, um zu **unseren** Gunsten von Dritten Entschädigungen zu erhalten oder bereits geleistete Zahlungen zurückzufordern,
 - » alle Maßnahmen zu ergreifen, um verlorene Gegenstände oder vermeintlich verlorene Gegenstände wiederzuerlangen.
- 4.16. Wenn **Sie** oder eine für **Sie** in jeder Hinsicht handelnde Person versucht, sich **Geld**, Informationen oder andere Vermögenswerte durch Arglist oder andere rechtswidrige Mittel wie die bewusst falsche Darstellung oder das Verschweigen von Sachverhalten zur Vorspiegelung falscher Tatsachen zu beschaffen, entfällt der Versicherungsschutz. **Wir** können in diesem Fall Anzeige erstatten, und **Sie** müssen alle im Rahmen der Versicherung bereits geleisteten Beträge an **uns** zurückzahlen.
- 4.17. Wenn **wir** Beträge auszahlen, die von der Versicherung nicht abgedeckt sind, müssen **Sie** diese innerhalb eines Monats nach **unserer** Aufforderung an uns zurückzahlen.
- 4.18. **Wir** sind äußerst bemüht, **Ihnen** alle in der Versicherungsbestätigung genannten Leistungen zu bieten. In entlegenen Zielgebieten oder bei unvorhersehbaren ungünstigen Bedingungen vor Ort ist es jedoch möglich, dass die Leistung nicht mit dem üblichen Standard erbracht werden kann.
- 4.19. **Sie** müssen zuerst **Ihre** private Krankenkasse, den staatlichen Krankenversicherer und/oder andere Reiseversicherer für alle Kosten in Anspruch nehmen.
- 4.20. Wenn **Sie** mehrere Oldenburgische Landesbank AG Karten besitzen, zahlen **wir** nur das höchste Einzellimit der Karten, die Forderungen addieren sich nicht.

§ 5. ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

Die folgenden Ausschlüsse gelten für **Ihre** Versicherung. **Wir** leisten nicht für Ansprüche, die direkt oder indirekt entstehen durch:

- 5.1. **Vorerkrankungen.**
- 5.2. In Bezug auf alle Abschnitte für Ansprüche aus Gründen, die nicht unter WAS IST VERSICHERT? aufgeführt sind.
- 5.3. Ansprüche, für die **Sie** nicht die von **uns** auf Seite 20 geforderten notwendigen Unterlagen auf **Ihre** Kosten zur Verfügung gestellt haben. **Wir** bitten Sie möglicherweise um weitere Unterlagen als die unten aufgeführten, um **Ihren** Anspruch zu prüfen.
- 5.4. **Ihre** Beteiligung an oder Ausübung von: **manueller Arbeit**, Fliegen (außer als Passagier in einem voll lizenzierten Passagierflugzeug), Verwendung von zwei- oder dreirädrigen Kraftfahrzeugen, es sei denn, **Sie** besitzen eine gültige Fahrerlaubnis, die in **Ihrem Wohnsitzland** ausgestellt wurde, die Nutzung dieser Fahrzeuge am Ziel **Ihrer Reise** erlaubt und ein Sturzhelm getragen wird (siehe SPORTARTEN UND AKTIVITÄTEN auf Seite 12), professionelle Unterhaltung, berufliche Ausübung von Sportarten, Rennen (außer zu Fuß), Motorrallyes und Motorwettbewerben, Fahren auf Rennstrecken oder anderen Geschwindigkeits- oder Ausdauertests.
- 5.5. **Sportarten und Aktivitäten** sind nur dann versichert, wenn sie nur gelegentlich, nicht wettkampfmäßig und nicht beruflich ausgeübt werden. Nicht aufgeführte Aktivitäten sind unter keinen Umständen versichert, auch dann nicht, wenn **sie** im Rahmen von organisierten Ausflügen oder Veranstaltungen unternommen werden.
- 5.6. Ansprüche, die dadurch entstehen, dass **Sie** Suizid begehen oder dies versuchen, sich absichtlich selbst verletzen, ein nicht von einem **Arzt** verschriebenes Medikament einnehmen, drogen- oder alkoholabhängig sind, Drogen oder Alkohol missbrauchen oder unter Einfluss von Drogen oder Alkohol stehen.

- 5.7. Wenn **Sie** sich einer unnötigen Gefahr ausgesetzt haben (außer um Menschenleben zu retten).
- 5.8. Ansprüche, die durch **Ihre** Beteiligung an einer körperlichen Auseinandersetzung entstehen, es sei denn dies erfolgte aus Notwehr.
- 5.9. **Ihre Reise** unter Verstoß gegen die Gesundheitsvorschriften des Beförderers, seiner Abfertigungsagenten oder anderer **öffentlicher** Verkehrsbetriebe.
- 5.10. **Ihre** eigenen rechtswidrigen Handlungen oder strafrechtliche Verfahren gegen **Sie** oder Verluste oder Schäden, die **Sie** selbst vorsätzlich herbeigeführt oder verursacht haben.
- 5.11. Alle anderen Verluste, Schäden oder Mehrkosten infolge des Ereignisses, für das **Sie** Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen möchten. Solche Verluste, Schäden oder Mehrkosten sind zum Beispiel die Kosten für die Vorbereitung des Schadensersatzanspruchs, entgangene Gewinne, Verluste oder Kosten durch die Unterbrechung **Ihres** Geschäfts, entstandene Unannehmlichkeiten, Notlagen oder entgangener Genuss.
- 5.12. Operative Aufgaben eines Bediensteten der Streitkräfte, der Polizei, der Feuerwehr, der Krankenpflege oder des Rettungsdienstes oder von Staatsbediensteten mit Ausnahme von Ansprüchen aus genehmigtem Urlaub, der aus betrieblichen Gründen gemäß Abschnitt REISERÜCKTRITT abgebrochen wurde.
- 5.13. Ansprüche, bei denen **Sie** auch im Rahmen einer anderen Versicherung Anspruch auf Entschädigung haben, einschließlich von Dritten einforderbarer Summen, außer es handelt sich um einen Betrag, der über den durch die andere Versicherung versicherten Betrag hinausgeht oder von Dritten hätte eingefordert werden können, wenn diese nicht geleistet hätte.
- 5.14. **Ihre Reise** in Länder, bestimmte Gebiete oder zu Veranstaltungen, bei denen das Auswärtige Amt oder eine Aufsichtsbehörde in einem Land, das **Sie** bereisen, von jeglichen Reisen abgeraten hat.
- 5.15. Wenn **Sie** von einem Balkon auf einen anderen springen, klettern oder sich begeben, unabhängig von der Höhe des Balkons.
- 5.16. Alle Kosten, die **Sie** auch dann hätten zahlen müssen, wenn das anspruchsbegründende Ereignis nicht eingetreten wäre.
- 5.17. Umstände, die **Ihnen** bereits bekannt waren als **Sie** die Reise gebucht haben und die bei vernünftiger Betrachtung einen Schadensfall im Rahmen dieser Versicherung begründen könnten.
- 5.18. Kosten für Telefonate oder Faxe und Internetgebühren, sofern diese nicht nachweisbar der Kontaktaufnahme mit **uns** dienen.
- 5.19. Erkrankungen, für die **Sie** nicht die von einem **Arzt** empfohlene Behandlung wahrnehmen oder verschriebenen Medikamente einnehmen.
- 5.20. Krieg, Invasion, Handlungen ausländischer Feinde, Feindseligkeiten (mit oder ohne Kriegserklärung), Bürgerkrieg, Rebellion, **Terrorismus**, Revolution, Aufstand, zivile Unruhen in der Art oder mit dem Ausmaß eines Aufruhrs, militärische oder widerrechtliche Machtübernahmen, wobei diese Ausschlüsse nicht gelten für Schadensfälle gemäß dem Abschnitt MEDIZINISCHE NOTFALLBEHANDLUNG UND RÜCKFÜHRUNG, es sei denn, sie wurden durch einen nuklearen, chemischen oder biologischen Angriff verursacht oder die Unruhen hatten zu Beginn der **Reise** bereits begonnen.
- 5.21. Ionenstrahlung oder Kontaminierung mit Radioaktivität von nuklearen Brennstoffen oder Atommüll, aus der Verbrennung nuklearer Brennstoffe, durch radioaktive, toxische, explosive oder andere gefährliche Eigenschaften einer nuklearen Baugruppe oder der Komponenten einer solchen Baugruppe.
- 5.22. Verluste, Zerstörung oder Schäden, die direkt durch Druckwellen verursacht werden, die von Flugzeugen und anderen Luftfahrzeugen ausgehen, die mit Schall- oder Überschallgeschwindigkeit fliegen.

§ 6. SUBSIDIARITÄT

Ihre Versicherung ist eine Nebenversicherung. Wenn **Sie** eine andere Versicherung haben, müssen **Sie** bis zur Höchstgrenze der jeweiligen Versicherungspolice zuerst von dieser Versicherung Leistungen beanspruchen. Sobald diese Höchstgrenze erreicht ist, beginnt **unser** Versicherungsschutz. **Wir** decken keine Kosten ab, die im Rahmen einer anderen Versicherungspolice, Haftpflichtversicherung, Gewährleistungs- oder Krankenversicherung oder anderweitig für gleichartige Verluste, Schäden, Kosten oder Haftungen versichert sind (gilt nicht für REISEUNFALL).

§ 7. KÜNDIGUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Diese Leistungen sind in **Ihrer versicherten Karte** inbegriffen und können nicht gesondert gekündigt werden. Wenn **Sie** die **versicherte Karte** kündigen, endet der Versicherungsschutz und es werden keine Leistungen mehr erbracht. Für nähere Informationen zur Kündigung Ihrer **versicherten Karte** beachten **Sie** bitte den Kreditkartenvertrag.

§ 8. WICHTIGE GESUNDHEITLICHE VORAUSSETZUNGEN

Sie müssen folgende Voraussetzungen erfüllen, um den vollständigen Versicherungsschutz in Anspruch nehmen zu können. Wenn **Sie** diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können **wir** die Bearbeitung **Ihres** Antrags ablehnen oder die Versicherungsleistung kürzen.

Sie sind nicht versichert, wenn **Sie**:

- gegen den Rat eines **Arztes** reisen (oder gegen den Rat eines **Arztes** reisen würden, wenn **Sie** ärztlichen Rat eingeholt hätten).
- mit der Absicht reisen, sich im Ausland medizinisch beraten oder behandeln zu lassen.

Darüber hinaus sind **Sie** nicht versichert für Leistungen im Abschnitt MEDIZINISCHE KOSTEN UND NOTFALLHILFE oder für REISERÜCKTRITT aus einem medizinischen Grund, wenn **Sie**:

- unter nicht diagnostizierten Symptomen leiden, die in Zukunft weiter beobachtet oder untersucht werden müssen (also Symptome, bei denen **Sie** noch auf eine Untersuchung oder Beratung warten oder für die Untersuchungsergebnisse ausstehen und noch keine Ursache festgestellt wurde),
- keinen ständigen Wohnsitz haben und nicht bei einem Allgemeinmediziner im **Wohnsitzland** registriert sind.

BITTE BEACHTEN SIE: Ansprüche, die direkt oder indirekt aufgrund einer **Vorerkrankung Ihrer** Person entstehen, sind nicht versichert.

§ 9. ALTERSGRENZEN

Die Altershöchstgrenze für Leistungen im Rahmen von MEDIZINISCHE KOSTEN UND NOTFALLHILFE und Leistungen im Zusammenhang mit einer **Erkrankung** im Abschnitt REISERÜCKTRITT beträgt 80 Jahre.

Die Altershöchstgrenze für Kinder, die unter diese Leistungen fallen, ist 24 Jahre zu Beginn einer **Reise**.

§ 10. NUTZUNG IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Mit der Übermittlung **Ihrer** personenbezogenen Daten beim Kauf dieses Versicherungsvertrages und der Nutzung unserer Dienstleistungen erklären **Sie** sich einverstanden, dass **wir Ihre** personenbezogenen Daten verarbeiten dürfen. Darüber hinaus erklären **Sie** sich einverstanden, dass **wir Ihre** sensiblen Daten nutzen. Wenn **Sie uns** Daten von anderen Personen zur Verfügung stellen, verpflichten **Sie** sich, diese Personen darüber zu informieren, dass **wir** deren Daten auf die im Folgenden und in den Datenschutzhinweisen auf unserer Website unter www.axa-assistance.com/en.privacypolicy genannte Weise nutzen.

Die Verarbeitung **Ihrer** personenbezogenen Daten ist erforderlich, um **Ihnen** die Versicherung und andere Leistungen erbringen zu können. Des Weiteren verwenden **wir Ihre** Daten, um unseren gesetzlichen Verpflichtungen nachzukommen oder wenn es in unserem berechtigten Interesse zur Ausübung unserer

Geschäftstätigkeit liegt. Wenn **Sie** diese Daten nicht zur Verfügung stellen, ist es **uns** nicht möglich, **Ihnen** eine Versicherung zu bieten oder **Ihre** Ansprüche zu bearbeiten.

Wir verwenden **Ihre** Daten u. a. für folgende legitime Zwecke:

- Vertragsabschluss, Verwaltung der Versicherung, Schadenbearbeitung, Bereitstellung von Reiseunterstützung, Bearbeitung von Beschwerden, Überprüfung von Sanktionen und Verhinderung von Betrug;
- Verwendung sensibler Daten **über** die Gesundheit oder Gefährdung von **Ihnen** oder anderen Personen, wenn dies für eine Schadenbearbeitung oder Unterstützungsanfragen relevant ist, um die in dieser Versicherung beschriebenen Leistungen zu erbringen. Durch die Nutzung unserer Dienste erklären **Sie** sich damit einverstanden, dass **wir** diese Daten für solche Zwecke verwenden.
- Überwachung oder Aufzeichnung **Ihrer** Telefonanrufe in Bezug auf den Versicherungsvertrag für die Zwecke der Dokumentation, Schulung und Qualitätskontrolle;
- Technische Untersuchungen zur Schadens- und Prämienanalyse, Anpassung der Preisgestaltung, Unterstützung des Versicherungsabschlusses und Konsolidierung der (u. a. aufsichtsbehördlich vorgeschriebenen) Finanzberichterstattung. Eingehende Analysen von Ansprüchen zur besseren Überwachung von Anbieten und Vorgängen. Untersuchung der Kundenzufriedenheit und Bildung von Kundensegmenten zur besseren Anpassung der Produkte an die Marktbedürfnisse;
- Beschaffung und Speicherung von relevanten und angemessenen Nachweisen für **Ihre** Ansprüche, um Dienstleistungen im Rahmen dieser Versicherung zu erbringen und **Ihre** Forderungen zu überprüfen;
- Zusenden von Feedbackanfragen oder Umfragen in Bezug auf **unsere** Dienstleistungen und andere Mitteilungen zur Kundenbetreuung.

Wir können Daten mit Bezug zu **Ihnen** und **Ihrem** Versicherungsschutz gegenüber Unternehmen der AXA Unternehmensgruppe, unseren Dienstleistern und Beauftragten zur Verwaltung und Bearbeitung **Ihres** Versicherungsschutzes offenlegen, um **Ihnen** Serviceleistungen auf **Ihrer Reise** bereitzustellen, zur Betrugsbekämpfung, zur Einziehung von Zahlungen und für andere gesetzlich vorgeschriebene oder zulässige Zwecke.

Wir holen **Ihre** Einwilligung gesondert ein, bevor **wir Ihre** personenbezogenen Daten an Dritte weitergeben, um **Sie** zu anderen Produkten oder Dienstleistungen zu kontaktieren (Direktmarketing). **Sie** können **Ihre** Einwilligung zur Nutzung **Ihrer** Daten für Marketingzwecke oder Bewertungsanfragen jederzeit widerrufen oder sich von den Bewertungsanfragen abmelden, indem **Sie** sich an den Datenschutzbeauftragten wenden (Kontaktinformationen siehe unten).

Im Rahmen dieser Tätigkeiten können **wir Ihre** persönlichen Daten in Länder außerhalb des Vereinigten Königreichs oder des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln. Wenn dies geschieht, sorgen **wir** dafür, dass alle erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen zum Schutz **Ihrer** personenbezogenen Daten getroffen werden. **Wir** stellen u. a. sicher, dass vergleichbare Standards wie im Vereinigten Königreich und im EWR angewandt werden und der Empfänger der übermittelten personenbezogenen Daten vertraglich zum Schutz dieser Daten nach geeigneten Standards verpflichtet wird.

Wir bewahren **Ihre** personenbezogenen Daten so lange auf, wie es berechtigterweise für die in diesen Datenschutzhinweisen aufgeführten relevanten Zwecke sowie für die Erfüllung unserer gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Verpflichtungen erforderlich ist.

Sie haben das Recht, eine Kopie der Daten anzufordern, die **wir** von **Ihnen** gespeichert haben. Darüber hinaus stehen **Ihnen** noch weitere Rechte im Hinblick auf die Nutzung **Ihrer** Daten durch **uns** gemäß den Datenschutzhinweisen auf unserer Website zu. Wenn **Sie** der Meinung sind, dass die bei **uns** von **Ihnen** gespeicherten Daten fehlerhaft sind, dann teilen **Sie uns** dies bitte mit, damit **wir** diese korrigieren können.

Wenn **Sie** wissen möchten, wie eine Beschwerde beim britischen Datenschutzbeauftragten eingereicht

wird oder **Sie** andere Anliegen und Anfragen zur Verarbeitung **Ihrer** Daten durch **uns** haben, z. B. zum Erhalt einer Kopie der Datenschutzhinweisen auf unserer Website, schreiben **Sie** bitte an:

Datenschutzbeauftragter

AXA Travel Insurance

106-108 Station Road

Redhill

RH1 1PR

E-Mail: dataprotectionenquiries@axa-assistance.co.uk

NOTFALLHILFE

Sie erreichen **uns** telefonisch unter: +4933556223114

Wenn **Sie** schwer erkranken oder einen Unfall erleiden und **Sie** möglicherweise ins Krankenhaus müssen oder wenn **Sie Ihre Reise** abbrechen müssen, müssen **Sie uns** kontaktieren, bevor ein Rücktransport geplant wird. **Wir** sind rund um die Uhr für **Sie** da und können Ihnen bei der Organisation des Rücktransports und der Abrechnung der Heilbehandlungskosten direkt mit der behandelnden Einrichtung behilflich sein. Behandlungen in privaten Einrichtungen sind nicht versichert, es sei denn, sie wurden von **uns** vorab genehmigt. Wenn es nicht möglich ist, **uns** vor einer Behandlung zu kontaktieren (bei einer sofortigen Notfallbehandlung), rufen **Sie uns** bitte so schnell wie möglich an. Für ambulante Behandlungen (wenn **Sie** nicht ins Krankenhaus eingeliefert werden) oder bei kleineren Krankheiten oder Verletzungen (ausgenommen Frakturen) bezahlen **Sie** die Behandlung bitte selbst und beantragen eine Erstattung bei **uns**, wenn **Sie** wieder am **Wohnsitz** sind.

MEDIZINISCHE HILFE IM AUSLAND

Wir organisieren auch den Rücktransport an den **Wohnsitz**, wenn dies **medizinisch notwendig** ist oder **Sie** von einer schweren Erkrankung, Verletzung oder dem Tod eines **nahen Angehörigen** am **Wohnsitz** erfahren haben.

ERSTATTUNG VON HEILBEHANDLUNGSKOSTEN IM AUSLAND

Wenn **Sie** außerhalb **Ihres Wohnsitzlandes** in ein Krankenhaus/eine Klinik aufgenommen werden, veranlassen **wir**, dass die versicherten Heilbehandlungskosten direkt an das Krankenhaus/die Klinik gezahlt werden. **Wir** organisieren auch den Rücktransport an den **Wohnsitz**, wenn dies **medizinisch notwendig** ist oder **Sie** von einer schweren Erkrankung, Verletzung oder dem Tod eines **nahen Angehörigen** an **Ihrem Wohnsitz** erfahren haben. Bitte kontaktieren **Sie uns** so schnell wie möglich unter +4933556223114. Für eine einfache ambulante Behandlung bezahlen **Sie** das Krankenhaus/die Klinik bitte selbst und beantragen bei **uns** eine Erstattung der Behandlungskosten, wenn **Sie** in das **Wohnsitzland** zurückgekehrt sind. Bitte achten **Sie** darauf, keine Dokumente zu unterschreiben, in denen bestätigt wird, dass **Sie** die Kosten für zusätzliche Behandlungen oder Gebühren übernehmen. Im Zweifelsfall rufen **Sie uns** bitte an, damit **wir** weiterhelfen können.

WICHTIGE INFORMATIONEN

1. Ansprüche aufgrund von **Vorerkrankungen** sind nicht versichert.
2. Ansprüche die entstehen, wenn **Sie** gegen den Rat eines **Arztes** reisen (oder gegen den Rat eines **Arztes** reisen würden, wenn **Sie** ärztlichen Rat eingeholt hätten), sind nicht versichert.
3. Ansprüche, die entstehen, wenn **Sie** mit der Absicht reisen, sich im Ausland medizinisch beraten oder behandeln zu lassen, sind nicht versichert.
4. Ansprüche die entstehen, wenn **Sie** unter nicht diagnostizierten Symptomen leiden, die in Zukunft weiter beobachtet oder untersucht werden müssen (also Symptome, bei denen **Sie** noch auf eine Untersuchung oder Beratung warten oder bei denen Untersuchungsergebnisse ausstehen und für die noch keine Ursache festgestellt wurde), sind nicht versichert.
5. Bei einem **medizinischen Notfall** kontaktieren **Sie** oder die behandelnde Einrichtung **uns** bitte so schnell

wie möglich unter +4933556223114. **Sie** müssen sich auch mit **uns** in Verbindung setzen, um Verluste, **Diebstähle** oder Schäden zu melden.

6. Wenn **Sie** Ihre **Reise** abbrechen müssen, müssen **Sie uns** unter +4933556223114 kontaktieren.
7. Die vorliegende Police unterliegt deutschem Recht.
8. Wir erstatten für **Gepäck** oder **Wertgegenstände** eine Summe bis zum Höchstbetrag für jeden Einzelgegenstand.
9. Die Dauer einer **Reise** darf 60 aufeinanderfolgende Tage mit maximal 60 Reisetagen in einem Zeitraum von 12 Monaten nicht überschreiten. Bitte beachten: Wenn **Ihre Reise** länger als die maximale Dauer ist, gelten die Leistungen für keinen Teil der **Reise**. Reisen müssen im **Wohnsitzland** beginnen und enden. **Reisen** mit einem One-Way-Ticket oder Reisen mit offener Rückreise sind nicht versichert, es sei denn, sowohl das Hin- als auch das Rückreiseticket wurde vor Antritt der **Reise** gekauft. **Reisen** innerhalb des **Wohnsitzlandes** sind nur versichert, wenn **Sie** mehr als 100 Kilometer vom **Wohnsitz** entfernt sind und Transport oder Unterbringung vor Reiseantritt gebucht haben. Um Anspruch auf Leistungen aus dieser Leistungstabelle zu haben, müssen **Sie Ihre Reise** vollständig mit **Ihrer** Oldenburgische Landesbank AG Gold Card bezahlen, und alle Anzahlungen für Reisen und/oder Unterbringung müssen **Ihrer versicherten Karte** belastet werden.
10. Ein Versicherungsschutz für Leistungen im Abschnitt MEDIZINISCHE NOTFALLKOSTEN IM AUSLAND ist im **Wohnsitzland** ausgeschlossen.

WICHTIGE EINSCHRÄNKUNGEN BEI REISERÜCKTRITT

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Ansprüche bei REISEABBRUCH, die aufgrund von **Vorerkrankungen** entstehen, die **Ihnen** schon vor dem Abschluss der Versicherung oder der Buchung einer **Reise** bekannt waren (es gilt der spätere Zeitpunkt) und einen **nahen Angehörigen**, eine Person, mit der **Sie** reisen oder eine Person betreffen, bei der **Sie** untergebracht sein sollten, wenn:

1. eine unheilbare Krankheit von einem **Arzt** diagnostiziert wurde oder
2. die betreffende Person auf einer Warteliste stand oder Kenntnis von der Notwendigkeit einer Operation, stationären Behandlung oder Untersuchung in einem Krankenhaus oder einer Klinik hatte,
3. in den letzten 90 Tagen vor dem Anfangsdatum Ihrer versicherten Karte oder bevor Sie eine Reise gebucht haben (es gilt der spätere Zeitpunkt) ein **naher Angehöriger** eine Operation, eine stationäre Behandlung oder einen Krankenhausbesuch benötigte.

DEFINITIONEN

Wörter und Ausdrücke, die zu einer Begriffsbestimmung gehören, haben in allen Leistungstabellen die gleiche Bedeutung und sind durch Fettdruck hervorgehoben.

ARZT

Ein ordnungsgemäß zugelassenes Mitglied des medizinischen Berufsstandes nach dem Recht des Landes, in dem die Behandlung erfolgt, das bei der Erbringung der Behandlung im Rahmen seiner Zulassung und seiner Qualifikation handelt und nicht mit **Ihnen**, einem **Mitreisenden** oder einer Person verwandt ist, bei der **Sie** untergebracht sind.

DAUERHAFTE VOLLINVALIDITÄT

Invalidität, die nach der Einschätzung eines unabhängigen qualifizierten Spezialisten für einen Zeitraum von mindestens 12 aufeinanderfolgenden Monaten ab dem Datum ihres Eintretens andauern und für **Ihr** gesamtes weiteres Leben verhindern wird, dass **Sie** einer beruflichen Tätigkeit nachgehen können.

DIEBSTAHL

Jeder **Diebstahl** unter Anwendung von Gewalt, Gewaltandrohung, Überfall, Körperverletzung oder Einbruch durch einen Dritten (eine Person, die kein Angehöriger, **naher Angehöriger** oder Mitreisender ist).

ENGER GESCHÄFTSPARTNER	Jede Person, deren Abwesenheit vom Geschäft für einen oder mehrere vollständige Tage zur gleichen Zeit wie Ihre Abwesenheit die ordnungsgemäße Fortführung dieses Geschäfts verhindert.
ERKRANKUNG(EN)	Alle körperlichen oder psychischen Krankheiten, Gebrechen, Zustände, Erkrankungen oder Verletzungen, die Sie selbst oder einen nahen Angehörigen , einen Mitreisenden, eine Person, bei der Sie während Ihrer Reise wohnen wollen, oder Ihren engen Geschäftspartner betreffen.
GELD	Banknoten, Scheine und Münzen, die derzeit in Umlauf sind, Reise- und andere Schecks, Post- oder Geldanweisungen, im Voraus bezahlte Karten, Coupons oder Gutscheine, Reisetickets, Hotelgutscheine, die für private Zwecke bestimmt sind.
GELTUNGSBEREICH	Reisen in alle Länder einschließlich USA, Kanada, Mexiko und der Karibik sind versichert. BITTE BEACHTEN SIE: Reisen in Länder, bestimmte Gebiete oder zu Veranstaltungen, bei denen das Auswärtige Amt oder eine Aufsichtsbehörde in dem Land, das Sie bereisen, von jeglichen Reisen abgeraten hat, sind nicht versichert.
GEPÄCK	Kleidung, persönliche Gegenstände, Gepäck und andere Gegenstände, die Ihnen gehören (ausgenommen Wertgegenstände , Geld und Dokumente jeder Art) und die Sie während einer Reise tragen, benutzen oder bei sich haben.
HINREISE	Die Reise von Ihrem Wohnsitz oder der Geschäftsadresse im Wohnsitzland zum Ziel Ihrer Reise einschließlich internationaler Flüge, Seeüberfahrten oder Bahnreisen, die gebucht werden, bevor Sie Ihr Wohnsitzland verlassen, die in direktem Zusammenhang mit der Hinfahrt steht.
KARTENINHABER	Der Inhaber einer versicherten Karte .
KÖRPERLICHE VERLETZUNG	Eine feststellbare körperliche Verletzung, die Sie aufgrund eines plötzlichen, äußeren, unerwarteten und besonderen Ereignisses erleiden. Eine Verletzung, die daraus resultiert, dass Sie unvermeidbar den Elementen ausgesetzt sind, gilt als körperliche Verletzung .
LEISTUNGSTABELLE	Die Tabelle mit den Leistungsbeträgen auf Seite 1.
MANUELLE ARBEIT	Alle Arbeiten über der Erde; Arbeiten mit Schneidwerkzeugen, Elektrowerkzeugen und Maschinen; Arbeiten, die eine praktische Beteiligung an der Installation, Montage, Wartung oder Reparatur von elektrischen, mechanischen oder hydraulischen Anlagen beinhalten; Arbeiten eines Installateurs, Elektrikers, Licht- oder Tontechnikers, Schreiners, Malers/Dekorateurs oder Bauunternehmers oder manuelle Arbeit jeglicher Art, mit Ausnahme von Bar- und Restaurantarbeiten, Bedienpersonal, Hausmädchen, Dienstmädchen, Au-Pairs und Kinderbetreuung sowie gelegentliche leichte manuelle Arbeiten am Boden, einschließlich Einzelhandelsarbeiten und Obsternte.
MEDIZINISCH NOTWENDIG	Angemessene und notwendige medizinische Leistungen und Verbrauchsgüter, die von einem Arzt nach sorgfältiger klinischer Beurteilung verordnet werden und zur Diagnostizierung oder Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen, Erkrankungen , Gebrechen oder Symptomen erforderlich sind und den allgemein anerkannten Standards der medizinischen Praxis entsprechen.
MEDIZINISCHER NOTFALL	Eine körperliche Verletzung oder eine plötzliche und unvorhergesehene Krankheit, die Sie erleiden, während Sie sich auf einer Reise außerhalb ihres Wohnsitzlandes befinden und bei der ein approbierter Arzt Ihnen mitteilt, dass Sie sofort eine medizinische Behandlung oder ärztliche Hilfe benötigen.
NAHER ANGEHÖRIGER	Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Ehegatte, Verlobter/Verlobte oder Lebensgefährte (jedes Paar, das in einer eheähnlichen Beziehung unter derselben Adresse gemeldet ist), Kinder, einschließlich adoptierter Kinder, Großeltern, Enkel, Schwiegereltern, Schwiegersohn, Schwiegertochter, Schwägerin, Schwager, Stiefeltern, Stiefkind, Stiefschwester, Stiefbruder, Pflegekind, gesetzlicher Vormund.
PAAR ODER SATZ	Eine Reihe von Gegenständen, die zusammengehören oder normalerweise zusammen verwendet werden.

Jeder Urlaub und jede Reise, die **Sie** zum Vergnügen innerhalb des **Geltungsbereichs** unternehmen, die in **Ihrem Wohnsitzland** während des **Versicherungszeitraums** beginnt und endet. **Reisen** mit einem One-Way-Ticket oder Reisen mit offener Rückreise sind nicht versichert, es sei denn, sowohl das Hin- als auch das Rückreiseticket wurde vor Antritt der **Reise** gekauft.

Reisen nur innerhalb des **Wohnsitzlandes** sind nur versichert, wenn **Sie** mindestens 100 Kilometer vom **Wohnsitz** entfernt sind und Transport oder Unterbringung vor Reiseantritt gebucht haben.

REISE

Um Anspruch auf Versicherungsschutz aus dieser Leistungstabelle zu haben, müssen **Sie Ihre** Reise vollständig mit **Ihrer versicherten Karte** bezahlen, und alle Anzahlungen für Reisen und/oder Unterbringung müssen **Ihrer** versicherten Karte belastet werden.

BITTE BEACHTEN SIE: Reisen in Länder, in die eine Behörde in **Ihrem Wohnsitzland** oder die Weltgesundheitsorganisation von Reisen abgeraten hat, sind nicht versichert. Außerdem sind **Reisen** an ein Urlaubsziel nicht versichert, das unter Punkt 15 der ALLGEMEINEN AUSSCHLÜSSE fällt.

SCHWANGER-SCHAFTSKOMPLIKATIONEN

Folgende von einem **Arzt** bestätigte unvorhergesehene **Schwangerschaftskomplikationen**: Toxikose, Gestationshypertonie, Präeklampsie, Bauchhöhlenschwangerschaft, Blasenmohle, Hyperemesis gravidarum, Blutungen während der Schwangerschaft, vorzeitige Plazentalösung, Plazenta previa, nachgeburtliche Blutungen, retinierte Plazenta, Fehlgeburt; Totgeburt, **medizinisch notwendige** Notkaiserschnitte/ **medizinisch notwendiger** Schwangerschaftsabbruch und Frühgeburten oder drohende frühzeitige Wehen mehr als 8 Wochen (bzw. 16 Wochen im Falle einer Mehrlingsschwangerschaft) vor dem erwarteten Geburtstermin.

Der **Karteninhaber** und sein/ihr Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner (alle Paare in einer eheähnlichen Beziehung, die unter derselben Adresse gemeldet sind), deren unverheiratete Kinder im Alter unter 25 Jahre, die rechtlich und finanziell (gemäß den Bestimmungen des **Wohnsitzlandes**) vom **Karteninhaber** abhängig sind; alle diese Personen müssen im **Wohnsitzland** leben und sich auf einer **Reise** befinden.

SIE/IHR(E)/BEGÜNSTIGTE(N) PERSON(EN)

Begünstigte Personen sind für Leistungen versichert, wenn sie unabhängig voneinander reisen; davon ausgenommen sind jedoch: REISE REISERÜCKTRITT, und GEPÄCKVERSICHERUNG AUF REISEN UND IM AUSLAND, wo alle **begünstigten Personen** auf der **Reise** mit dem **Karteninhaber** an dasselbe Ziel reisen müssen.

Um Anspruch auf Versicherungsschutz aus dieser Leistungstabelle zu haben, müssen **Sie Ihre** Reise vollständig mit **Ihrer** versicherten Karte bezahlen, und alle Anzahlungen für Reisen und/oder Unterbringung müssen **Ihrer** versicherten Karte belastet werden.

SPORTARTEN UND AKTIVITÄTEN

Die auf Seite 12 im Abschnitt SPORTARTEN UND AKTIVITÄTEN aufgeführten Aktivitäten.

STREIK ODER ARBEITSKAMPF-MAßNAHMEN

Jede Form von Arbeitskampfmaßnahme, die durchgeführt wird, um die Produktion von Waren oder die Erbringung von Dienstleistungen zu unterbrechen, einzuschränken oder zu behindern.

TERRORISMUS

Eine Handlung, auch unter Anwendung und/oder Androhung von Kraft oder Gewalt, von Personen oder Gruppen, die allein oder im Auftrag von oder in Verbindung mit Organisationen oder Regierungen und aus politischen, religiösen, ideologischen oder ähnlichen Gründen und auch mit der Absicht handeln, eine Regierung zu beeinflussen und/oder die Öffentlichkeit oder einen Teil der Öffentlichkeit in Angst zu versetzen.

UNBEAUF SICHTIGT

Wenn **Sie Ihr** Eigentum oder Fahrzeug nicht voll im Blick haben und in der Lage sind, einen unbefugten Zugriff darauf zu verhindern.

VERLUST DES AUGENLICHTS	Totaler und unwiederbringlicher Verlust des Augenlichts an einem oder beiden Augen; dieser Verlust liegt vor, wenn die verbleibende Sehkraft mit Sehhilfe maximal 3/60 auf der Snellen-Skala beträgt. (Dies bedeutet, dass Sie aus einer Entfernung von 90 Zentimetern höchstens so viel sehen können, wie Sie aus einer Entfernung von 18 Metern sehen sollten.)
VERLUST VON GLIEDMASSEN	Verlust durch Abtrennung eines Arms am oder oberhalb des Handgelenks oder Verlust durch Abtrennung eines Beins am oder oberhalb des Fußgelenkes oder den vollständigen und unwiederbringlichen dauerhaften Gebrauchs- oder Funktionsverlust eines Armes oder eines Beines.
VERSICHERTE KARTE	Eine von Oldenburgische Landesbank AG ausgestellte Gold Card, die zum Zeitpunkt des Vorfalles, der zu einem Schadensfall führt, gültig und aktiviert ist.
VERSICHERUNGSZEITRAUM	Der Versicherungsschutz für jede Reise beginnt am oder nach dem 01/10/2020 oder dem Anfangsdatum Ihrer versicherten Karte (je nachdem, was später eintritt). Der Versicherungsschutz endet, wenn das Kartenkonto gekündigt wird oder wenn diese Leistungen gekündigt werden oder auslaufen. Die Dauer einer Reise darf 60 aufeinander folgende Tage mit maximal 60 Reisetagen in einem Zeitraum von 12 Monaten nicht überschreiten. Bitte beachten: Wenn Ihre Reise länger als die maximale Dauer ist, gelten die Leistungen für keinen Teil der Reise. Im Abschnitt REISE REISERÜCKTRITT beginnt der Versicherungsschutz, wenn Sie die Reise buchen, und endet mit dem Beginn Ihrer Reise. Für alle anderen Abschnitte beginnen die Leistungen, wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren Arbeitsplatz verlassen (je nachdem, was später eintritt), um die Reise anzutreten, und endet zu dem Zeitpunkt, an dem Sie nach Beendigung der Reise an Ihren Wohnsitz oder Arbeitsplatz zurückkehren (je nachdem, welcher der frühere Zeitpunkt ist). <u>Verlängerung des Versicherungszeitraums</u> Der Versicherungszeitraum verlängert sich automatisch um den Zeitraum der Verzögerung, wenn Ihre Rückkehr in Ihr Wohnsitzland sich aufgrund von Umständen außerhalb Ihres Einflussbereichs unvermeidbar verzögert, was Ihnen vor dem Antritt Ihrer Reise noch nicht bekannt war.
VORERKRANKUNG(EN)	Jede vergangene oder derzeitige Erkrankung, die während der zwei Jahre vor Ihrem Besitz einer versicherten Karte und/oder vor der Buchung und/oder dem Beginn einer Reise Symptome verursacht hat oder für die eine Behandlung oder Verschreibung von Medikamenten, medizinische Beratung, Untersuchung oder Nachsorge-/Kontrolluntersuchungen erforderlich waren oder erfolgt sind: und jede kardiovaskuläre oder Kreislauferkrankung (z. B. Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Blutgerinnsel, erhöhter Cholesterinspiegel, Schlaganfall, Aneurysma), die zu irgendeinem Zeitpunkt vor dem Versicherungsbeginn im Rahmen dieser Leistungstabelle und/oder vor einer Reise aufgetreten ist.
WERTGEGENSTÄNDE	Schmuck, Edelmetalle oder Edelsteine oder Gegenstände aus Edelmetallen oder Edelsteinen, Uhren, Pelze, Lederwaren, Foto-, Audio-, Video-, Computer-, Fernseh-, Spielgeräte (einschließlich CDs, DVDs, Speichergeräte und Kopfhörer), Teleskope, Ferngläser, Laptops, Tablets und Notebooks, E-Reader.
WIR/UNS/UNSER(E)	Der von Inter Partner Assistance SA vorgesehene Dienstleister.
WOHNSITZ	Ihr gewöhnlicher Wohnsitz in Ihrem Wohnsitzland .
WOHNSITZLAND	Das Land, in dem Sie offiziell ansässig sind und in dem die versicherte Karte ausgestellt wurde. Sie müssen in diesem Land eine Meldeanschrift haben, die Sie nachweisen können.
ÖFFENTLICHES VERKEHRSMITTEL	Jede Beförderung auf der Straße, auf der Schiene, auf See oder in der Luft mit einem zugelassenen Beförderer, der einen Linien- und/oder Charter-Personenverkehr betreibt, bei dem Sie für die Reise gebucht haben.



SPORTARTEN UND AKTIVITÄTEN

Sie sind bei folgenden Aktivitäten versichert für MEDIZINISCHE KOSTEN UND NOTFALLHILFE und REISEUNFALL.

Sportarten und Aktivitäten sind ausgeschlossen, wenn **Ihre** Teilnahme daran der alleinige Grund oder der Hauptgrund für **Ihre Reise ist**.

Alle mit einem * markierten **Sportarten und Aktivitäten** sind vom Versicherungsschutz im Abschnitt REISEUNFALL ausgeschlossen.

- | | | |
|--|---|--|
| • Abseilen* | • Kitesurfen | • Skifahren (auf der Piste oder abseits der Piste mit Führer) |
| • Bogenschießen* | • Monoskifahren | • Snowblading* |
| • Badminton | • Mountainbikefahren auf Asphalt* | • Snowboarden (auf der Piste oder abseits der Piste mit Führer) |
| • Baseball | • Netzbball | • Schneeschuhwandern |
| • Basketball | • Orientierungslauf | • Squash |
| • Bowling | • Paintball* | • Surfen |
| • Kamelreiten | • Ponywandern | • Tischtennis |
| • Kanufahren (bis Grad/Klasse 3)* | • Racquetball | • Tennis |
| • Tontaubenschießen* | • Straßenradfahren | • Tobogganing* |
| • Kriicket | • Rollschuhlaufen | • Trampolinspringen |
| • Langlaufen* | • Rundläufer | • Trekking (bis 4.000 Meter ohne Kletterausrüstung) |
| • Elefantenreiten* | • Laufen | • Volleyball |
| • Berglauf* | • Segeln (innerhalb von 20 Seemeilen Entfernung von der Küste) | • Kriegsspiele* |
| • Fechten* | • Segeln (außerhalb von 20 Seemeilen Entfernung von der Küste)* | • Wasserball |
| • Fischen | • Tauchen - unqualifiziert, über 18 Metern | • Wasserski |
| • Fußball | • Tauchen - qualifiziert, bis zur Tiefe Ihrer Qualifizierung und bis zu höchstens 50 Meter † (siehe Hinweis unten) | • Windsurfen |
| • Gletscherskifahren* | • Skitouren* | • Yachtfahren (innerhalb von 20 Seemeilen Entfernung von der Küste) |
| • Gokart-Fahren* | • Skidoo/Schneemobilfahren* | • Yachtfahren (außerhalb von 20 Seemeilen Entfernung von der Küste)* |
| • Golf | | • Zorbing |
| • Hockey | | |
| • Reiten* | | |
| • Pferdewandern* | | |
| • Heißluftballonfahren* | | |
| • Eislaufen (auf ausgewiesenen Eislaufflächen) | | |
| • Jet-Bike-Fahren* | | |
| • Jet-Ski-Fahren* | | |

† Tauchen – **Sie** sind beim Tauchen nur in Tiefen versichert, für die **Sie** qualifiziert sind. **Sie** müssen die relevante Qualifikation für **Ihren** Tauchgang besitzen und unter der Leitung eines akkreditierten Dive Marshals, Tauchlehrers oder Tauchführers und gemäß den Richtlinien der jeweiligen Tauch- oder Ausbildungsagentur oder -organisation tauchen.

Bitte beachten Sie: **Sie** sind nicht versichert bei der Teilnahme an Schulungs- oder Qualifizierungskursen.



LEISTUNGSABSCHNITTE

GEPÄCKVERSICHERUNG AUF REISEN UND IM AUSLAND

WAS IST VERSICHERT?

GEPÄCK

Bis zu den in der **Leistungstabelle** angegebenen Beträgen pro **Reise** für alle gemeinsam reisenden **begünstigten Personen** für unbeabsichtigten Verlust, **Diebstahl** oder Beschädigung von **Gepäck** und **Wertgegenständen**.

Der zu zahlende Betrag entspricht dem Wert zum Zeitpunkt des Kaufs abzüglich eines Abschlags für normale Abnutzung abhängig vom Alter des Gegenstands (wenn eine Reparatur wirtschaftlich ist, zahlen **wir** lediglich die Reparaturkosten).

Der Betrag, den **wir** höchstens für einen Gegenstand, ein **Paar oder einen Satz** von Gegenständen erstatten, entspricht dem Höchstbetrag für jeden Einzelgegenstand gemäß der **Leistungstabelle**.

Der Betrag, den **wir** höchstens für alle **Wertgegenstände** insgesamt erstatten, entspricht den Höchstbetrag für **Wertgegenstände**, wie in der **Leistungstabelle** angegeben.

GELD

Bis zu den in der **Leistungstabelle** angegebenen Beträgen pro **Reise** für alle gemeinsam reisenden **begünstigten Personen** für unbeabsichtigten Verlust, **Diebstahl** oder Beschädigung von **Geld**.

Wir zahlen bis zu den in der **Leistungstabelle** im Abschnitt Barlimit für Banknoten und Münzen angegebenen Beträgen und bis zum Barlimit für unter 16-Jährige, wenn **Sie** unter 16 sind.

REISEDOKUMENTE

Bis zu dem in der **Leistungstabelle** angegebenen Betrag für angemessene zusätzliche Reise- und Unterkunftskosten, die notwendigerweise im Ausland anfallen, um Ersatz für **Ihre** verlorenen oder gestohlenen Reisedokumente zu beschaffen, sowie die anteiligen Kosten für das verlorene oder gestohlene Dokument.

Informationen zu den notwendigen Dokumenten finden **Sie** im Abschnitt EINEN SCHADEN MELDEN.

WICHTIGE OBLIEGENHEITEN

1. Bei Verlust, Diebstahl oder der Beschädigung von **Gepäck**, das sich in der Obhut eines Beförderers, Transportunternehmens, einer Behörde oder eines Hotels befindet, müssen **Sie** diese schriftlich über den Schadensfall informieren. **Sie** müssen innerhalb von 24 Stunden einen offiziellen Bericht von der örtlichen Polizei einholen.
2. Bei Verlust, Diebstahl oder Beschädigung von **Gepäck**, das sich in der Obhut einer Fluggesellschaft befindet, müssen **Sie**:
 - am Flughafen eine Schadensbestätigung einholen, wenn der Schaden eintritt;
 - den Schaden innerhalb der vorgesehenen Fristen des Beförderers oder des Abfertigungsagenten schriftlich anzeigen und eine Kopie der Anzeige aufbewahren;
 - alle Reisetickets und Gepäckanhänger aufbewahren, um sie zusammen mit der Schadenmeldung einzureichen.
3. **Sie** müssen eine Originalquittung oder einen anderen Eigentumsnachweis für Gegenstände vorlegen können, um **Ihren** Anspruch zu belegen.

WAS IST NICHT VERSICHERT?

1. Ansprüche, die nicht durch den Eigentumsnachweis oder die Versicherungsbewertung (die vor dem Verlust ausgestellt wurde) der verlorenen, gestohlenen oder beschädigten Gegenstände belegt sind.
2. Verlust oder **Diebstahl** von **Gepäck** oder **Wertgegenständen** oder Reisedokumenten, die nicht innerhalb

von 24 Stunden nach ihrer Feststellung der örtlichen Polizei angezeigt und für die kein schriftlicher Bericht eingeholt wird. Eine Bestätigung von einem Reiseleiter reicht nicht aus.

3. Gegenstände, die auf **Ihrer Reise** beschädigt werden, wenn **Sie** nicht innerhalb von 7 Tagen nach **Ihrer** Rückkehr in **Ihr Wohnsitzland** eine Schaden-/Reparaturbestätigung von einer geeigneten Stelle vorlegen.
4. Verluste oder Schäden aufgrund von Verspätung, Beschlagnahme oder Einziehung durch Zoll oder andere Behörden.
5. Schecks, Reiseschecks, Post- oder Geldanweisungen, im Voraus bezahlte Coupons oder Gutscheine, Reisetickets, wenn **Sie** die Anweisungen des Ausstellers nicht befolgt haben.
6. Ansprüche im Zusammenhang mit Währungen, wenn **Sie** keinen Nachweis für die Abhebung vorlegen.
7. Ungeschliffene Edelsteine, Kontakt- oder Hornhautlinsen, nicht auf Rezept erhaltene Brillen oder Sonnenbrillen ohne Quittung, Hörgeräte, zahn- oder medizintechnische Ausstattung, Kosmetika, Parfüme, Tabak, Vaporisatoren oder E-Zigaretten, Drohnen, Alkohol, Antiquitäten, Musikinstrumente, Urkunden, Manuskripte, Wertpapiere, verderbliche Waren, Surfbretter/Segelbretter, Fahrräder, Schiffsausrüstungen oder -fahrzeuge oder damit zusammenhängende Ausrüstungen sowie Ausrüstungen jeglicher Art und Schäden an Koffern (es sei denn, die Koffer sind aufgrund eines einzigen Schadensfalls völlig unbrauchbar). Schäden an Porzellan, Glas (ausgenommen Glas in Zifferblättern, Korrekturbrillen und Sonnenbrillen, Kameras, Ferngläsern oder Teleskopen), Porzellan und andere leicht zerbrechlichen Gegenstände, sofern sie nicht durch Feuer, **Diebstahl** oder Unfall des Transportfahrzeugs oder Schiffs, in dem sie befördert werden, abhandenkommen oder beschädigt werden.
8. Verlust oder Beschädigung von Sportausrüstung.
9. Alle Gegenstände, die im Zusammenhang mit **Ihrer** beruflichen Tätigkeit verwendet werden.
10. Schäden, die durch Abnutzung, Wertminderung, Verschlechterung, atmosphärische oder klimatische Bedingungen, Motten, Ungeziefer, alle Arten der Reinigung, Reparatur oder Wiederherstellung, mechanische oder elektrische Fehler oder Flüssigkeitsschäden verursacht werden.
11. Wertminderungen, Wechselkursschwankungen oder Verluste aufgrund von Nachlässigkeit oder Unterlassungen durch **Sie** oder Dritte.
12. Ansprüche, die durch Verlust oder **Diebstahl** aus **Ihrer** Unterkunft entstehen, es sei denn, es liegen Beweise für einen Einbruchdiebstahl vor, was durch einen polizeilichen Bericht bestätigt ist.
13. **Wertgegenstände** oder **Geld** oder Reisedokumente, die zu einem beliebigen Zeitpunkt **unbeaufsichtigt** waren (u. a. in einem Fahrzeug oder in der Obhut von Beförderern), es sei denn, sie waren in einem Hotelsafe oder einem verschlossenen Schließfach untergebracht. Wenn Gegenstände aus einem Hotelsafe oder einem Schließfach gestohlen wurden, alle Ansprüche, bei denen **Sie** den Vorfall dem Hotel nicht schriftlich angezeigt und einen offiziellen Bericht der zuständigen örtlichen Behörde eingeholt haben.
14. Ansprüche aufgrund von Schäden, die durch das Austreten von Pulver oder Flüssigkeit im **Gepäck** verursacht wurden.
15. Ansprüche aus Schäden an **Gepäck**, das als Frachtgut aufgegeben wurde.
16. Alle bereits von der Fluggesellschaft ausgezahlten Beträge.

MEDIZINISCHE KOSTEN UND NOTFALLHILFE

Dies ist keine private Krankenversicherung

Wenn **Sie** unerwartet krank werden, sich verletzen oder eine **Schwangerschaftskomplikation** erleiden und **Sie** eine stationäre Behandlung oder Rückführung benötigen oder die Kosten wahrscheinlich 500 Euro übersteigen werden, müssen **Sie uns** unter +493356223114 kontaktieren.

Wir dürfen:

- **Sie** jederzeit von einem Krankenhaus in ein anderes verlegen und/oder
- **Sie** an **Ihren Wohnsitz** im **Wohnsitzland** zurückbringen oder **Sie** in das am besten geeignete Krankenhaus im **Wohnsitzland** verlegen,

jederzeit, wenn **wir** und der behandelnde **Arzt** dies für **medizinisch notwendig** und sicher halten.

Wenn **unser** medizinischer Leiter einen Termin festlegt, zu dem **Ihre** Rückführung sinnvoll und machbar ist, **Sie** sich aber gegen eine Rückführung entscheiden, ist **unsere** Leistungspflicht nach diesem Datum beschränkt auf die Leistung, die **wir** im Fall **Ihrer** Rückführung geleistet hätten.

WAS IST VERSICHERT?

Bis zu dem in der **Leistungstabelle** angegebenen Betrag für Kosten, die außerhalb **Ihres Wohnsitzlandes** anfallen für:

- a. Alle angemessenen und notwendigen Kosten, die infolge eines **medizinischen Notfalls** entstehen, der **Sie** betrifft. Dies beinhaltet zum Beispiel Honorare von **Ärzten**, Krankenhauskosten, Heilbehandlungskosten und alle Kosten für **Ihren** Transport in das nächste geeignete Krankenhaus, wenn dies durch einen anerkannten **Arzt** für erforderlich befunden wird.
- b. Alle angemessenen und notwendigen medizinischen Notfallkosten für alle Säuglinge, die nach **Schwangerschaftskomplikationen** während einer **Reise** geboren werden. Ansprüche bei Mehrlingsgeburten gelten als ein Ereignis.
- c. Zahnnotfallbehandlungen zur sofortigen Schmerzlinderung und/oder Reparatur von Prothesen oder künstlichen Zähnen, um die Kaufähigkeit wiederherzustellen.
- d. Mit **unserer** vorherigen Genehmigung die zusätzlichen Reisekosten für **Ihre** Rückführung an **Ihren Wohnsitz** auf Empfehlung **unseres** medizinischen Leiters, einschließlich der Kosten für eine notwendige medizinische Begleitung. Rückführungskosten werden bis zur Höhe der Kosten der für die **Hinreise** genutzten Klasse erstattet, sofern mit **uns** nicht anders vereinbart.
- e. Mit **unserer** vorherigen Genehmigung und nur wenn **unser** medizinischer Leiter es für **medizinisch notwendig** erachtet:
 - alle notwendigen und angemessenen Unterbringungskosten (nur Übernachtung) und Reisekosten, wenn es **medizinisch notwendig** ist, dass **Sie** über **Ihr** geplantes Rückreisedatum hinaus bleiben, und einschließlich der Reisekosten zurück in **Ihr Wohnsitzland**, wenn **Sie** **Ihr** ursprüngliches Ticket nicht nutzen können.
 - alle notwendigen und angemessenen Unterbringungskosten (nur Übernachtung) und Reisekosten einer weiteren Person, wenn es auf ärztlichen Rat erforderlich ist, dass jemand **Sie** oder ein Kind bis zum **Wohnsitz** in **Ihrem Wohnsitzland** begleitet.
 - alle notwendigen und angemessenen Unterkünfte (nur Zimmer) und Reisekosten für einen Freund oder **nahen Angehörigen**, der aus dem **Wohnsitzland** anreist, um **begünstigte Personen** unter 18 Jahren zu **Ihrem Wohnsitz** im **Wohnsitzland** zu begleiten, wenn **Sie** körperlich nicht in der Lage sind, sich um sie zu kümmern und allein reisen. Wenn **Sie** keine Person benennen können, wählen **wir** eine geeignete Person aus. Wenn die ursprünglich gebuchten Rückreisetickets für das Kind nicht genutzt werden können, übernehmen **wir** die Kosten für die Reise des Kindes an den **Wohnsitz** in der Economy Class. **Wir** übernehmen keine Reise- und Unterbringungskosten, die nicht von **uns** organisiert oder ohne **unsere** vorherige Zustimmung entstanden sind.
- f. Wenn **Sie** im Ausland versterben:
 - Die Kosten für Einäscherung oder Bestattung in dem Land, in dem **Sie** sterben oder
 - die Transportkosten für die **Überführung** Ihres Leichnams oder Ihrer Asche in **Ihr Wohnsitzland**.

Informationen zu den notwendigen Dokumenten finden **Sie** im Abschnitt EINEN SCHADEN MELDEN.

WAS IST NICHT VERSICHERT?

1. Ansprüche, die sich direkt oder indirekt aus **Vorerkrankungen** ergeben.
2. Ansprüche, die sich aus Schwangerschaftskrankheiten ergeben, die nicht auf **Schwangerschaftskomplikationen** zurückzuführen sind, die nach dem Antritt **Ihrer Reise** das erste Mal auftreten. Eine normale Schwangerschaft oder Geburt oder eine Reise, wenn **Ihr Arzt** für **Ihre** Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko einer Frühgeburt attestiert hat, würde kein unvorhergesehenes Ereignis darstellen.
3. Ansprüche, bei denen **Sie** die Leistungen zum Rücktransport im Krankheitsfall unbegründet ablehnen, die **wir** bereitstellen und im Rahmen dieser Versicherung erstatten. Wenn **Sie** sich für alternative Leistungen zum Rücktransport im Krankheitsfall entscheiden, müssen **Sie** **uns** schriftlich vorab informieren, und **Sie** reisen dann auf eigene Gefahr und auf eigene Kosten.

4. Kosten, die **Ihnen** außerhalb des **Wohnsitzlands** nach dem Datum entstehen, das **unser** medizinischer Leiter für **Ihre** Rückkehr an den **Wohnsitz** nahegelegt hat oder für das **wir Ihre** Rückkehr an den **Wohnsitz** organisieren. (**Unsere** Leistungspflicht für weitere Kosten gemäß diesem Abschnitt nach diesem Datum ist beschränkt auf die Leistung, die **wir** im Fall **Ihrer** Rückführung erbracht hätten.)
5. Jede Behandlung, die kein chirurgisches oder medizinisches Verfahren ist, das ausschließlich der Heilung oder Linderung akuter unvorhergesehener Krankheiten oder Verletzungen dient.
6. Kosten, die über das übliche oder angemessene oder für die Behandlung **Ihrer körperlichen Verletzung** oder Krankheit gewöhnlich anfallende Maß hinausgehen.
7. Heilbehandlungen oder Diagnoseverfahren, die von **Ihnen** bereits geplant oder bekannt waren.
8. Alle Heilbehandlungen oder Operationen, die nach dem Ermessen **unseres** medizinischen Leiters zumutbar bis zu **Ihrer** Rückkehr in das **Wohnsitzland** verschoben werden können.
9. Kosten für die Beschaffung oder den Ersatz von Medikamenten, von denen zum Zeitpunkt der Abreise bereits bekannt ist, dass sie außerhalb des **Wohnsitzlandes** benötigt oder weiter eingenommen werden müssen, wenn sie nicht gestohlen oder beschädigt wurden.
10. Zusätzliche Kosten für die Unterbringung in einem Einzel- oder Privatzimmer.
11. Heilbehandlungen oder Leistungen, die von einer Privatklinik oder einem Krankenhaus, einem Heilbad, einem Erholungs- oder Pflegeheim oder einem Rehabilitationszentrum erbracht werden, es sei denn, **wir** haben vorab zugestimmt.
12. Heilbehandlungskosten aus kosmetischen Gründen, außer **unser** medizinischer Leiter ist der Ansicht, dass die Behandlung aufgrund eines im Rahmen dieser Versicherung versicherten Unfalls erforderlich ist.
13. Kosten, die nach **Ihrer** Rückkehr in **Ihr Wohnsitzland** entstanden sind, es sei denn **wir** haben vorab zugestimmt.
14. Alle Ansprüche, die dadurch entstehen, dass **Sie** es versäumt haben, sich vor **Ihrer Reise** empfohlene Impfstoffe, Impfungen oder Medikamente zu beschaffen.
15. Kosten für Flugtickets oberhalb der Economy-Klasse für eine Begleitperson, die keine medizinische Begleitperson ist, im Falle einer medizinischen Rückführung (jegliche Zusatzkosten durch ein Upgrade gehen zulasten der reisenden Person/en).
16. Kosten für Zahnbehandlungen, die eine Anpassung von Zahnersatz, künstlichen Zähnen oder die Verwendung von Edelmetallen beinhalten und nicht der sofortigen Schmerzlinderung dienen.
17. Kosten, die in Australien entstanden sind, wo **Sie** die Möglichkeit gehabt hätten, sich für das Medicare-Programm anzumelden und dies nicht getan haben.
18. Kosten für Telefonanrufe, ausgenommen Anrufe bei **uns**, um **uns** über das Problem zu benachrichtigen, für die **Sie** eine Quittung oder einen sonstigen Nachweis vorlegen können, aus dem die Kosten für den Anruf und die angerufene Nummer hervorgehen.
19. Kosten für Luft- und Seenotrettung.

REISEUNFALL

WAS IST VERSICHERT?

Bis zu dem in der **Leistungstabelle** angegebenen Betrag, wenn **Sie** eine **körperliche Verletzung** durch einen Unfall erleiden, während **Sie** mit einem **öffentlichen Verkehrsmittel** auf einer **Reise** reisen, die innerhalb von 12 Monaten direkt **Ihren**

- Tod oder
- **Verlust des Augenlichts** oder
- **Verlust von Gliedmaßen** oder
- **dauerhafte Vollinvalidität** zur Folge hat

Falls **Sie** den **Verlust von Gliedmaßen** oder den **Verlust des Augenlichts** erleiden, können die folgenden Beträge gezahlt werden, jedoch wird nicht mehr als 100 % des Leistungsbetrags für **dauerhafte Vollinvalidität** gezahlt.

VERLUST:	LEISTUNGSSUMME
beider Hände	100 % des Leistungsbetrags für dauerhafte Vollinvalidität
beider Füße	
des Augenlichts auf beiden Augen	
einer Hand und eines Fußes	
einer Hand oder eines Fußes und des Augenlichts auf einem Auge	50 % des Leistungsbetrags für dauerhafte Vollinvalidität
einer Hand	
eines Fußes	
des vollständigen Augenlichts auf einem Auge	

Informationen zu den notwendigen Dokumenten finden **Sie** im Abschnitt EINEN SCHADEN MELDEN.

WICHTIGE OBLIEGENHEITEN

1. **Unser Arzt** darf **Sie** so oft wie nötig untersuchen, bevor ein Versicherungsfall reguliert wird.
2. Die Leistung gemäß dem Abschnitt **dauerhafte Vollinvalidität**, erfolgt nicht vor Ablauf eines Jahres nach **Ihrem** Erleiden der **körperlichen Verletzung**.
3. **Wir** zahlen nicht mehr als
 - eine Leistung für dieselbe **körperliche Verletzung**.
 - 2.000 Euro, wenn **Sie** zu dem Zeitpunkt, an dem sie eine **körperliche Verletzung** erleiden, unter 18 oder über 71 Jahre alt sind.

WAS IST NICHT VERSICHERT?

1. Ansprüche, die sich direkt oder indirekt aus **Vorerkrankungen** ergeben.
2. Ansprüche, die entstehen, während **Sie** nicht mit **öffentlichen Verkehrsmitteln** reisen.
3. Behinderung oder Todesfall, die durch eine Verschlechterung der körperlichen Gesundheit (z. B. durch einen Schlaganfall oder Herzinfarkt) und nicht als unmittelbare Folge einer **körperlichen Verletzung** entstehen.
4. Leistung wegen **dauerhafter Vollinvalidität** ein Jahr vor dem Datum, an dem **Sie** eine **körperliche Verletzung** erlitten haben.
5. Normale und gewöhnliche Reisen zwischen **Ihrem Wohnsitz** und Ihrem Arbeitsplatz oder Zweitwohnsitz gelten nicht als versicherte **Reisen**.

REISERÜCKTRITT

WAS IST VERSICHERT?

Bis zu dem in der **Leistungstabelle** genannten Betrag pro **Reise** für ungenutzte und nicht rückerstattbare Reise- und Unterbringungskosten und andere im Voraus bezahlte Ausflüge, Touren oder Aktivitäten am Ziel **Ihrer Reise** für alle zusammen reisenden **begünstigten Personen**, die **Sie** bezahlt haben oder bezahlen müssen, sowie sämtliche angemessenen zusätzlichen Reisekosten, die anfallen, wenn die Stornierung oder Umbuchung der **Reise** aufgrund eines der folgenden geänderten Umstände erforderlich und unvermeidbar ist, die außerhalb **Ihres** Einflussbereichs liegen oder **Ihnen** zum Zeitpunkt, zu dem **Sie Ihre Reise** gebucht haben oder **Ihre Reise** angetreten sind (je nachdem, was später eintritt), nicht bekannt waren:

- a. Unvorhergesehene Erkrankung, Verletzung, **Schwangerschaftskomplikationen** oder Tod von **Ihnen**, einem **nahen Angehörigen** oder einer Person, mit der **Sie** reisen oder auf **Ihrer Reise** untergebracht sind.
- b. Zwangsquarantäne, Schöffentätigkeit oder Ladung als Zeuge vor ein Gericht (außer in beratender oder beruflicher Funktion) von **Ihnen** oder **Ihrem/Ihren** Reisebegleiter(n).
- c. Das Auswärtige Amt oder eine andere Aufsichtsbehörde in dem Land, in das **Sie** reisen, rät von Reisen

in das Gebiet, das **Sie** bereisen, ab es sei denn, solche Einschränkungen werden durch eine von der Weltgesundheitsorganisation erklärte Pandemie verursacht.

- d. Aufforderung einer Behörde oder Organisation mit Sicherheitsaufgaben, an **Ihrem Wohnsitz** zu bleiben oder dorthin zurückzukehren, aufgrund einer schweren Beschädigung **Ihres Wohnsitzes** oder Unternehmens (dessen Inhaber, Geschäftsführer oder Geschäftsherr der **Karteninhaber** ist) durch Dritte, die zu **Ihnen** in keiner Beziehung stehen.
- e. **Ihre** Arbeitslosigkeit, wenn **Sie** in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis stehen und **Ihre** Probezeit bei **Ihrem** Arbeitgeber bestanden haben.
- f. Wenn **Sie** oder ein Reisebegleiter oder eine Person, bei der **Sie** während **Ihrer Reise** wohnen, Mitglied der Streitkräfte, Polizei, Feuerwehr, von Pflegediensten, Ambulanzen oder Mitarbeiter einer Regierungsabteilung ist/sind und **Ihr**/deren genehmigter Urlaub aus betrieblichen Gründen storniert wurde, sofern diese Stornierung oder der Reiseabbruch zu dem Zeitpunkt, an dem **Sie** diese Versicherung abgeschlossen haben, oder zum Zeitpunkt der Buchung einer **Reise** (je nachdem, was später eintritt) nicht vorhersehbar war.
- g. Wenn sich **Ihre Rückreise** mit dem vorgesehenen **öffentlichen Verkehrsmittel** am letzten Abreisepunkt aufgrund von **Streik oder Arbeitskampfmaßnahmen** oder **ungünstiger Witterung** oder mechanischem Ausfall oder technischem Fehler beim vorgesehenen **öffentlichen Verkehrsmittel**, das **Sie** für die Reise gebucht haben, um mehr als 24 Stunden ab dem geplanten Abfahrtszeitpunkt verspätet.
- h. Wenn das Auto, das **Sie** für **Ihre Reise** benutzen wollten, innerhalb von sieben Tagen vor dem ursprünglichen Abreisedatum gestohlen oder beschädigt wurde und nicht fahrtüchtig ist und die Reparatur nicht bis zum Abreisedatum abgeschlossen werden kann, werden nur die Kosten für einen gleichwertigen Mietwagen übernommen und es werden keine Stornogebühren bezahlt.

Informationen zu den notwendigen Dokumenten finden **Sie** im Abschnitt EINEN SCHADEN MELDEN.

WICHTIGE EINSCHRÄNKUNGEN BEI REISERÜCKTRITT

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Ansprüche, die direkt oder indirekt aufgrund einer **Vorerkrankung** entstehen, die **Ihnen** vor **Ihrem** Abschluss der Versicherung oder der Buchung einer **Reise** (es gilt der spätere Zeitpunkt) bereits bekannt war und einen **nahen Angehörigen**, eine Person, mit der **Sie** reisen oder während **Ihrer Reise** untergebracht sind betrifft, wenn:

- a. eine unheilbare Krankheit von einem **Arzt** diagnostiziert wurde oder
- b. die betreffende Person auf einer Warteliste stand oder Kenntnis von der Notwendigkeit einer Operation, stationären Behandlung oder Untersuchung in einem Krankenhaus oder einer Klinik hatte,
- c. in den letzten 90 Tagen vor dem Aktivierungsdatum **Ihrer versicherten Karte** oder der Buchung einer **Reise** (je nachdem, was später eintritt) eine Operation, eine stationäre Behandlung oder einen Krankenhausbesuch benötigte.

Informationen zu den notwendigen Dokumenten finden **Sie** im Abschnitt EINEN SCHADEN MELDEN.

WAS IST NICHT VERSICHERT?

- 1. Vorerkrankungen.
- 2. Alle Ansprüche im Zusammenhang mit Behandlungen zur künstlichen Befruchtung
- 3. Alle Ansprüche, bei denen **Sie** nicht reisen können oder sich gegen den Reiseantritt entscheiden, weil das Auswärtige Amt (oder eine andere gleichwertige staatliche Stelle in einem anderen Land) wegen einer Pandemie von Reisen abrät.
- 4. Die Kosten für erstattungsfähige Flughafengebühren, ATOL-Gebühren, Abgaben und Steuern.
- 5. Alle ungenutzten oder zusätzlichen Kosten, die **Ihnen** entstanden sind und die erstattet werden können von:
 - a) Anbietern der Unterkunft, deren Buchungsagenturen, Reisebüros oder sonstige Entschädigungsregelungen.
 - b) Beförderungsdienstleistern, deren Buchungsagenturen, Reisebüros, Entschädigungsregelungen oder ATOL.

- c) **Ihren** Kredit- oder Debitkartenanbietern oder PayPal.
4. Ansprüche, bei denen **Sie** es versäumen oder verzögern, Ihr Reisebüro, Ihren Veranstalter oder Ihren Transport- oder Unterkunftsanbieter zu dem Zeitpunkt zu informieren, zu dem der Rücktritt von der **Reise** für notwendig befunden wird. **Unsere** Leistungspflicht ist beschränkt auf die Stornogebühren, die angefallen wären, wenn das Versäumnis oder die Verzögerung nicht stattgefunden hätten.
 5. Ansprüche wegen ungenutzter Reisetickets an eine Destination, wenn wir **bereits Ihre** alternativen Reisearrangements bezahlt haben.
 6. Ansprüche wegen Reiseabbruchs, wenn **Sie** vom Beförderer (oder seinen Abfertigungsagenten) keine Bestätigung über die Dauer und den Grund für die Verspätung eingeholt haben.
 7. Ansprüche aufgrund von **Schwangerschaftskomplikationen**, die schon vor der Buchung oder Bezahlung der **Reise** zum ersten Mal auftraten, es gilt der spätere Zeitpunkt
 8. Alle Ansprüche aufgrund von geänderten Plänen wegen **Ihrer** finanziellen Umstände, außer wenn **Sie** aus einem unbefristeten Anstellungsverhältnis von mindestens zwei Jahren bei demselben Arbeitgeber entlassen werden
 9. Ansprüche, bei denen der Nachweis, dass der genehmigte Urlaub aus unvorhergesehenen betrieblichen Gründen gestrichen wurde, nicht erbracht wird.
 10. Alle Umbuchungskosten, die über die Kosten **Ihrer** ursprünglich gebuchten **Reise** hinausgehen.
 11. Ansprüche, bei denen **Sie** nicht gemäß dem **Ihnen** zur Verfügung gestellten Reiseplan eingeecheckt haben.
 12. Abbruch der Reise nach der ersten Teilstrecke einer **Reise**.
 13. Jegliche Kosten, wenn innerhalb von 24 Stunden nach der geplanten Abreisezeit angemessene alternative Reisemöglichkeiten angeboten wurden.
 14. Alle Ansprüche aufgrund einer Verzögerung oder Änderung **Ihrer** gebuchten **Reise** wegen staatlicher Maßnahmen oder restriktiver Regulierung.
 15. Ansprüche, für die **Sie** nicht die von **uns** geforderten notwendigen Unterlagen zur Verfügung gestellt haben.
 16. Ansprüche, die sich direkt oder indirekt aus Umständen ergeben, die **Ihnen** schon vor dem Zeitpunkt bekannt waren, zu dem **Sie** die Versicherung abgeschlossen oder eine **Reise** gebucht oder angetreten haben (es gilt der später eingetretene Zeitpunkt), und die bei vernünftiger Betrachtung einen Schadensfall im Rahmen dieser Versicherung begründen könnten.
 17. Kosten für den Rücktritt von der **Reise** aufgrund einer **körperlichen Verletzung** oder Krankheit, für die **Sie** kein ärztliches Attest des **Arztes** vorlegen, der die verletzte/erkrankte Person behandelt, und in der die Notwendigkeit **Ihres** Rücktritts und dass **Sie** von der Reise oder Rückkehr in **Ihr Wohnsitzland** aufgrund einer **körperlichen Verletzung** oder Krankheit verhindert waren, erklärt wird.
 18. Ansprüche für Reisebegleiter, wenn sie keine **begünstigten Personen** sind.
 19. Kosten, die mit einem Meilenbonusprogramm einer Fluggesellschaft, z. B. Avios (früher Air Miles), einem Karten-Bonuspunkteprogramm, einem Timesharing-Programm, Urlaubswohnungsprogramm oder anderem Urlaubspunkteprogramm bezahlt wurden, und/oder damit verbundene Unterhaltungskosten.
 20. Kosten oder Gebühren, die **Ihnen** der Betreiber des **öffentlichen Verkehrsmittels** erstattet.
 21. Ansprüche, bei denen **Sie** die Vertragsbedingungen des Reisebüros, des Reiseveranstalters oder des Beförderungsunternehmens nicht eingehalten haben.
 22. **Verzögerungen durch Streiks oder Arbeitskampfmaßnahmen** oder Flugverkehrskontrollen, die bereits begonnen hatten oder öffentlich angekündigt wurden, bevor **Sie Ihre Reise gebucht haben (es gilt der frühere Zeitpunkt)**.
 23. (Vorübergehende oder sonstige) Einstellung des Verkehrs eines Flugzeugs oder Schiffes auf Empfehlung der Luftfahrtbehörde, einer Hafenbehörde oder einer ähnlichen Einrichtung in einem beliebigen Land.
 24. Ansprüche, die sich daraus ergeben, dass der Anbieter einer Dienstleistung, die Teil **Ihrer** gebuchten **Reise**

ist, einen Teil **Ihrer** gebuchten Reise (mit Ausnahme von Ausflügen) nicht erbracht hat, einschließlich wegen Irrtum, Insolvenz, Unterlassung oder Verzug.

25. Ein Reiserücktritt aufgrund einer dienstlichen Verpflichtung oder Änderung **Ihres** Urlaubsanspruchs durch **Ihren** Arbeitgeber, es sei denn, **Sie** oder ein Mitreisender oder eine Person, bei der **Sie** auf **Ihrer Reise** untergebracht sein sollten, sind Bediensteter der Streitkräfte, Polizei, Feuerwehr, von Pflege- oder Rettungsdiensten oder Staatsbediensteter und haben **Ihren/** ihren genehmigten Urlaub aus betrieblichen Gründen abgebrochen.
26. Ansprüche, die sich aus **Ihrer** Unfähigkeit zur Reise ergeben, weil ein Mitglied der Reisegruppe keinen gültigen Reisepass oder ein erforderliches Visum besitzt, erhält oder vorweisen kann.



KONTAKT

EINEN SCHADEN MELDEN

Im Notfall rufen **Sie uns** bitte unter +4933556223114 an.

Bei allen anderen Schadensfällen rufen Sie bitte **unsere** Hotline unter +4933556223114 an (Montag bis Freitag 09:00 bis 17:00 Uhr MEZ), um ein Schadenformular anzufordern. **Sie** müssen Folgendes angeben:

- **Ihren** Namen
- kurze Angaben zu **Ihrem** Schadensfall.

Wenn Sie einen Schadensfall festgestellt haben, informieren **Sie uns** darüber bitte innerhalb von 28 Tagen (soweit nicht anders angegeben) und senden **uns** die ausgefüllten Formulare mit allen zusätzlichen Unterlagen so schnell wie möglich zu.

Bitte bewahren Sie eine Kopie aller an **uns** gesendeten Unterlagen auf. Damit **wir** einen Anspruch so schnell und fair wie möglich bearbeiten können, müssen **wir** gegebenenfalls einen Schadenregulierer beauftragen.

Sie müssen sich darauf einstellen, dass **Sie** während **Ihrer** Abwesenheit weitere Angaben zu Ihrem Antrag machen müssen. **Wir** bitten Sie möglicherweise um weitere Unterlagen als die unten aufgeführten, um **Ihren** Anspruch zu prüfen. Wenn **Sie** die erforderlichen Unterlagen nicht zur Verfügung stellen, kann **Ihr** Antrag abgelehnt werden. Im Folgenden finden Sie eine Liste der Dokumente, die erforderlich sind, damit **wir** Ihren Antrag so schnell wie möglich bearbeiten können.

FÜR ALLE ANSPRÜCHE

- **Ihre** Original-Buchungsrechnung(en) und Reisedokumente mit den Reisedaten und dem Buchungsdatum.
- Originalbelege und -abrechnungen für alle Barauslagen, die **Sie** tätigen müssen.
- Originalrechnungen, die **Sie** noch bezahlen müssen.
- Angaben zu anderen Versicherungen, die Sie eventuell abgeschlossen haben und die gleiche Schäden abdecken.
- Weitere Unterlagen, mit denen **Sie Ihren** Anspruch nachweisen können.
- Für alle Ansprüche im Zusammenhang mit Krankheiten oder Verletzungen muss ein ärztliches Attest von dem **Arzt** ausgestellt werden, der **Sie**, einen **nahen Angehörigen** oder eine Person behandelt, mit der **Sie** reisen oder untergebracht sind. Für alle Ansprüche im Zusammenhang mit einem Todesfall benötigen **wir** ein ärztliches Attest von dem **Arzt**, der **Sie**, einen **nahen Angehörigen** oder eine Person behandelt, mit der **Sie** reisen oder untergebracht sind, und eine Kopie des Totenscheins.
- Originalbelege oder Eigentumsnachweise für gestohlene, verlorene oder beschädigte Gegenstände

REISE REISERÜCKTRITT

- Ursprüngliche Stornorechnung(en) mit Angabe aller anfallenden Stornogebühren und eventueller Rückerstattungen.
- Um einen Anspruch wegen Abbruch der Reise nach 24 Stunden Verspätung geltend zu machen, müssen **Sie** einen schriftlichen Bericht des Beförderers einholen, in dem die Dauer und der Grund der Verspätung bestätigt werden.
- Wenn **Ihr** Anspruch sich auf andere versicherte Umstände bezieht, teilen **wir** Ihnen mit, welche Dokumente **Sie** mit den Schadenmeldungen einreichen müssen.

GEPÄCKVERSICHERUNG AUF REISEN IM AUSLAND

- Bei Verlust oder Diebstahl ein Polizeibericht, in dem bestätigt wird, dass **Sie** den Schadensfall bei der Polizei innerhalb von 24 Stunden zur Anzeige gebracht haben, nachdem Sie den Verlust bemerkten.
- Bei Verlust oder Beschädigung durch den Beförderer besorgen Sie sich bitte eine Schadensbestätigung und ein Schreiben von der Fluggesellschaft, in dem der Verlust der verlorene(n) Sache(n) bestätigt wird. Bitte bewahren Sie möglichst auch alle Gepäckanhänger auf.
- Beim Verlust oder Diebstahl von **Geld** ein Polizeibericht, in dem der Hergang des Schadensfalls und die Verlustsumme bestätigt werden, sowie Bankauszüge/Geldwechselbelege als Eigentumsnachweis.
- Ein Schadensbericht und einen Kostenvoranschlag für die Reparatur der beschädigten Gegenstände.

- Bewahren Sie auch beschädigte Gegenstände auf, die nicht mehr repariert werden können, da **wir** diese unter Umständen im Rahmen der Bearbeitung **Ihres** Antrags untersuchen müssen.

REISEDOKUMENTE

- Polizeibericht oder Bestätigung der Botschaft, in der bestätigt wird, dass **Sie** den Verlust der Reisedokumente innerhalb von 24 Stunden der örtlichen Behörde angezeigt haben, nachdem Sie den Verlust bemerkten.
- Originalbelege für zusätzliche Übernachtungs- und Reisekosten.

MEDIZINISCHE KOSTEN UND NOTFALLHILFE

- Im Falle eines **medizinischen Notfalls** müssen **Sie uns** so schnell wie möglich unter +4933556223114 kontaktieren.
- Bei ambulanter Behandlung (ausgenommen Frakturen) zahlen **Sie** bitte die Behandlung. Bitte bewahren Sie alle Originalbelege auf und holen vom Krankenhaus einen ärztlichen Bericht über die Erkrankung oder Verletzung und gegebenenfalls Behandlungs-, Aufnahme- und Entlassungstermine ein.
- Ein ärztlicher Bericht des **Arztes**, der die Behandlung und die Behandlungskosten bestätigt.
- Bei ausstehenden Kosten senden Sie bitte eine Kopie der ausstehenden Rechnung. Bitte vermerken Sie auch, dass sie noch aussteht.
- Sollten **Ihnen** nach **unserer** vorherigen Genehmigung zusätzliche Kosten entstehen, legen Sie bitte hierfür Belege vor.

REISE UNFALL

- Genaue Schilderung der Begleitumstände des Schadensfalls, einschließlich Foto- und Videobeweise (falls vorhanden).
- Ein ärztliches Attest des **Arztes** über das Ausmaß der Verletzung und die durchgeführte Behandlung sowie eine Bescheinigung der stationären Aufnahme und der Entlassung aus dem Krankenhaus.
- Totenschein (falls zutreffend).
- Vollständige Angaben zu allen Zeugen, wenn möglich mit schriftlichen Aussagen.