

Wortlaut der Evolution-Health-Police Deutschland

(Oktober 2023)

Inhalt

- 1. Herzlich willkommen**
- 2. So können Sie Morgan Price (Europe) ApS kontaktieren**
- 3. Die Bedingungen Ihrer Police**
 - A. Anspruchsberechtigung und Risikoprüfung**
 - B. Aufnahmebedingungen**
 - C. Auskunftspflicht – Verstoß gegen eine vertragliche Verpflichtung**
 - D. Deklaration und Änderungen**
 - E. Risikoprüfung/Versicherungsoptionen, die Sie wählen können**
- 4. Plan-Typ**
- 5. So verwalten Sie Ihre Police**
 - A. Beitragszahlung**
 - B. Nicht bezahlte oder verspätete Zahlungen**
 - C. Verspätete Zahlung des ersten Versicherungsbeitrags**
 - D. Verspätete Zahlung der nachfolgenden Beiträge**
 - E. Kündigung Ihrer Police**
 - F. Hinzufügen/Entfernen von Angehörigen**
 - G. Erneuerung des Versicherungsschutzes**
 - H. Änderung Ihres Plan-Typs**
 - I. Vorübergehende Rückkehr in Ihr Heimatland**
 - J. Beendigung**
 - K. Tod des Hauptversicherten**
 - L. Andere Versicherung**
 - M. Forderungsabtretung**
 - N. Hilfe und Intervention**
 - O. Compliance**
 - P. Geltendes Recht**
 - Q. Sanktionen**
- 6. Ansprüche geltend machen**
- 7. In dieser Police verwendete Wörter und Ausdrücke**
- 8. Allgemeine Ausschlüsse (Leistungen, die nicht durch die Police gedeckt sind)**
- 9. Beschwerdemitteilung und Berufliche Geheimhaltung**

1 Herzlich willkommen

Vielen Dank, dass Sie sich für die **Police** Evolution Health (Deutschland – 2023) entschieden haben. Sie wird mit dem **Versicherer** SI Insurance (Europe), SA abgeschlossen und von **Morgan Price** (Europe) ApS („**Morgan Price**“) verwaltet.

Dieses Dokument ist Teil **Ihres** Versicherungsvertrags mit **uns** und beschreibt:

- was **Ihre Police** beinhaltet
- wie **Sie Ihre Police** verwalten
- was durch die **Police** nicht abgedeckt wird
- wie **Sie** einen **Anspruch** geltend machen
- wie **Sie** Beschwerde einreichen, wenn **Sie** nicht zufrieden sind
- Definitionen der in diesem Dokument verwendeten Wörter (definierte Wörter sind fett gedruckt)

Nehmen **Sie** sich ein paar Minuten Zeit, um **Ihre Police** einschließlich des **Versicherungsscheins** und des **Leistungskatalogs** durchzulesen. Vergewissern **Sie** sich, dass **Sie** den Deckungsumfang dieser Versicherungspolice vollständig verstehen.

Wenn **Sie** sich bei irgendeinem Aspekt der **Police** oder der Begleitdokumente nicht sicher sind, kontaktieren **Sie** bitte **Morgan Price** unter info@morgan-price.eu.

Das Antragsformular, das **Sie** für sich und **Ihre** anspruchsberechtigten **Angehörigen** ausgefüllt haben, inklusive aller zusätzlichen Informationen, der Wortlaut dieser **Police**, der **Versicherungsschein**, alle Zusatzvereinbarungen zur **Police** und der **Leistungskatalog** sind Teil des Versicherungsvertrags zwischen **Ihnen** und dem **Versicherer** (die „**Police**“).

Sofern der erforderliche Versicherungsbeitrag zum Fälligkeitstermin gezahlt wird, sind **Sie** und die im **Versicherungsschein** aufgeführten Personen mit den Leistungen aus dem **Leistungskatalog** versichert, der im Zusammenhang mit **Ihrem Versicherungsschein** ausgestellt wurde.

Die Versicherung tritt erst in Kraft, nachdem **wir** eine schriftliche Bestätigung ausgestellt haben, dass der Versicherungsschutz für den/die Antragsteller genehmigt wurde und der/die Antragsteller gemäß den in dieser **Police** festgelegten Bedingungen ab sofort und zukünftig versichert ist/sind.



Jon Carpenter

Vorstandsvorsitzender

Morgan Price (Europe) ApS

ØENS Virksomhedsadministration ApS

Lergravsvej 59, 1

2300 Kopenhagen S

Dänemark

2 So können Sie Morgan Price (Europe) ApS kontaktieren

A. Morgan Price (Europe) ApS

- a. Wenn **Sie Morgan Price** kontaktieren, müssen **Sie Ihre** Versicherungsnummer angeben. Diese finden **Sie auf Ihrem Versicherungsschein**.
- b. **Unser** Kundendienstteam ist außer an gesetzlichen Feiertagen von Montag bis Freitag zwischen 9 bis 17 Uhr GMT erreichbar.
- c. **Unsere** Schadenabteilung ist außer an gesetzlichen Feiertagen von Montag bis Freitag zwischen 9 bis 17 Uhr GMT erreichbar.
- d. Für Notfälle außerhalb dieser Zeiten ist **unsere** Notruf-Hotline 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche erreichbar.

Rufen Sie uns an, um einen Anspruch geltend zu machen

Telefon +44 (0) 3300 581 668 wählen **Sie** Opt 1 für Deutsch und Opt 3 für alle anderen Sprachen. Der Anruf wird in englischer Sprache entgegen genommen.

E-Mail: mpclaims@morgan-price.eu oder für deutsche Einwohner: euroclaims@morgan-price.eu

Bitte rufen **Sie** diese Nummer an, wenn **Sie** einen **Anspruch vorab genehmigen** lassen möchten, eine Frage zu einem bestehenden **Anspruch** haben oder wissen möchten, ob eine Behandlung von **Ihrer** Versicherung übernommen wird.

Telefon +44 (0) 3300 581 668 wählen **Sie** Option 2 für **Notfallhilfe** außerhalb unserer regulären Öffnungszeiten

Bitte rufen Sie diese Nummer an, wenn **Sie** akute **Notfallhilfe** für eine **stationäre** Aufnahme benötigen.

Bei allgemeinen Anfragen rufen Sie uns bitte an

Telefon +44 (0) 1379 646730

E-Mail info@morgan-price.eu

Bitte rufen **Sie uns** an, wenn **Sie** einen neuen bzw. bestehenden Antrag oder eine allgemeine Anfrage zu einer bestehenden **Police** besprechen möchten.

B. Informationen zu Ihrem Versicherer

SI Insurance (Europe), SA, der **Versicherer**, ist ein Versicherungsunternehmen mit Sitz in Luxemburg mit der eingetragenen Adresse 40 avenue Monterey, L 2163, Luxembourg und der Firmenregistrierungsnr. B221096. Der **Versicherer** ist vom luxemburgischen Finanzministerium zugelassen und wird von der luxemburgischen Versicherungsaufsicht Commissariat aux Assurances beaufsichtigt. SI Insurance (Europe), SA ist Teil der weltweiten Versicherungsgruppe Sompo International^[1].

^[1] Die Bezeichnung „Sompo International“ bezieht sich auf und umfasst jede einzelne Tochtergesellschaft der Sompo International Holdings Ltd. („SIHL“), einer „Bermuda exempted company“. Wenn jedoch ein verbundenes Unternehmen von SIHL, das keine Tochtergesellschaft von SIHL ist, personenbezogene

Daten erhält oder verwendet, die unter diese Richtlinie fallen und gemäß der Datenschutzgesetzgebung geschützt werden müssen, dann gilt dieses verbundene Unternehmen als Teil von „Sompo International“, damit die Daten, die dieses verbundene Unternehmen erhält oder verwendet, geschützt werden können. Eine Liste der Standorte von Sompo International finden **Sie** unter <https://www.sompo-intl.com/location/corporate>. Eine Liste der Tochterunternehmen innerhalb der Sompo Group finden **Sie** unter https://www.sompo-hd.com/en/group/group_list/.

3 Die Bedingungen Ihrer Police

A. Anspruchsberechtigung und Risikoprüfung

- a. Es handelt sich um eine internationale **Police** für Expatriates (d. h. Personen, die außerhalb **ihres Heimatlandes** leben/ arbeiten) und einheimische Staatsangehörige (d. h. Personen, die in **ihrem Heimatland** leben und/oder arbeiten) sowie deren berechnete **Angehörige**. Die Vereinigten Staaten von Amerika sind dabei ausgenommen.
 - b. Die **Police** ist nicht für Personen oder in Ländern verfügbar, bei/in denen sie gegen Sanktionen verstoßen würde oder bei/in denen geltende Gesetze oder die lokale Gesetzgebung sie verbietet.
 - c. Diese Versicherung gilt für Antragsteller mit Hauptwohnsitz im Europäischen Wirtschaftsraum (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern).
 - d. Kinder
 - i. Kinder können in die **Police** eines Versicherten aufgenommen werden, müssen aber bei **Versicherungsbeginn** unter neunzehn (19) Jahre alt und unverheiratet sein (oder unter fünfundzwanzig (25) Jahre alt, unverheiratet und in Vollzeitausbildung sein).
 - ii. Kinder sind nach ihrem neunzehnten (19.) Geburtstag (oder fünfundzwanzigsten (25.) Geburtstag, wenn sie eine Vollzeitausbildung absolvieren) oder ihrer Heirat bis zum **jährlichen Verlängerungsdatum** unter dieser **Police** versichert. Danach endet der Versicherungsschutz und sie können sich unter einer eigenen **Police** versichern. **Wir** bieten ausschließlich Kindern im Alter von 10 bis 17 Jahren Versicherungsschutz, wenn kein Elternteil oder Erziehungsberechtigter unter der **Police** gedeckt ist. Für diese **Polices** gilt ein obligatorischer **Selbstbehalt** von 100 \$/€/£ pro Schadensfall, der gemäß Klausel 6 unter Abschnitt b, c, d gezahlt wird.
 - iii. Kinder unter zehn (10) Jahren können nur versichert werden, wenn ein voll zahlender Erwachsener Inhaber einer **Police** ist.
- e. **Aufnahmebedingungen**
 - a. **Wir** sind berechtigt, einen Antrag jeglicher Personen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. **Wir** behalten **uns** außerdem das Recht vor, einen Nachweis über

Alter, Gesundheitszustand, Beschäftigungsstatus oder Bildungsstand einzufordern.

- b. Es ist möglich, dass **wir** besondere Bedingungen, Ausschlüsse oder erhöhte Beiträge geltend machen, wenn bei **Ihrem** Antrag außergewöhnliche Umstände zu berücksichtigen sind.
- c. Wenn **wir** nicht alle Informationen erhalten, die **wir** zur Risikoabschätzung benötigen, behalten **wir uns** das Recht vor, den Versicherungsschutz abzulehnen.
- d. Wenn eine **versicherte Person** wissentlich einen falschen oder betrügerischen **Anspruch** stellt, in Bezug auf den Betrag oder anderweitig, wird dieser Vertrag nach **unserer** Rücktrittserklärung nichtig und alle **Ansprüche** aus diesem Vertrag verfallen.
- e. Oder **Ihre Police** wird gekündigt und/oder ein von **Ihnen** geltend gemachter **Anspruch** wird gegebenenfalls nicht gezahlt.

C. Auskunftspflicht – Verstoß gegen eine vertragliche Verpflichtung

- a. Diese **Police** enthält verschiedene Verpflichtungen für den **Versicherungsnehmer**. Im Folgenden erläutern **wir** die rechtlichen Konsequenzen aus der Verletzung dieser Verpflichtungen:
Unser Recht auf Stornierung
- b. Bei einer vorsätzlichen oder **grob fahrlässigen** Verletzung einer Verpflichtung nach Vertragsabschluss und vor Eintritt des Versicherungsfalls können **wir** den Vertrag innerhalb eines (1) Monats nach Kenntnisnahme der Verletzung fristlos kündigen.
Befreiung von unserer Verpflichtung zur Leistungserbringung gemäß der Police
- c. Der **Versicherer** ist nicht verpflichtet, Leistungen gemäß dieser **Police** zu erbringen, wenn der **Versicherungsnehmer** die Verpflichtung nach Vertragsabschluss und vor/bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalls vorsätzlich verletzt hat.
- d. Im Falle einer **grob fahrlässigen** Verletzung der Verpflichtung ist der **Versicherer** berechtigt, seine Leistungen in einem Verhältnis zu kürzen, die der Schwere des Verschuldens des **Versicherungsnehmers** entspricht. Die Beweispflicht für das Nichtvorliegen einer **grogen Fahrlässigkeit** liegt beim **Versicherungsnehmer**.
- e. So solange es sich nicht um eine arglistige Verletzung einer Verpflichtung handelt, sind **wir** weiterhin zur Entschädigung verpflichtet, wenn diese Verletzung weder die Ursache für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang **unserer** Leistungspflicht ist.

D. Deklaration und Änderungen

- a. **Sie** müssen **uns** vor Ausstellung der **Police** unverzüglich über jede Änderung der auf dem Antragsformular gemachten Angaben informieren. Dies gilt insbesondere für alle medizinischen Angaben, die **Sie** für **sich** und **Ihre Angehörigen** gemacht haben, **Ihre Adresse**, **Ihr Wohnsitzland**, die Geburt oder Adoption eines Kindes oder jede anderweitige

Änderung, die **Ihre** versicherten **Angehörigen** betrifft. Wenn **Sie uns** nicht darüber informieren, wird ggf. **Ihre Police** gekündigt und **Ihre Ansprüche** werden nicht bezahlt.

E. Risikoprüfung/Versicherungsoptionen, die Sie wählen können

- a. Hier werden die im **Leistungskatalog** verfügbaren Optionen für den Versicherungsschutz erläutert (d. h. wie **wir** bei möglichen **Vorerkrankungen** verfahren):

Option 1 – VOLLSTÄNDIGE MEDIZINISCHE RISIKOPRÜFUNG (FMU)

- a. Wenn **Sie** die vollständige medizinische Risikoprüfung (FMU) wählen, müssen **Sie** das FMU-Antragsformular ausfüllen und **Ihre** medizinische Vorgeschichte offenlegen. **Wir** werden die angegebenen Informationen prüfen und feststellen, ob **Sie** und alle anspruchsberechtigten **Angehörigen** aufgenommen werden können und ob es bestimmte Ausschlüsse oder Bedingungen dafür gibt.
- b. **Wir** benötigen ggf. weitere Informationen, um **Ihnen** die Bedingungen nennen zu können. **Sie** müssen dafür sorgen, dass der Antrag auf vollen Versicherungsschutz vollständig und auf korrekte Weise ausgefüllt wird. Beachten **Sie** bitte, dass die Gesundheitsangaben sich auf **Ihr** gesamtes Leben beziehen, es sei denn, dies ist anders angegeben. Wenn **Sie** sich nicht sicher sind, ob **Sie** eine **Vorerkrankung** angeben müssen oder nicht, sollten **Sie** sie angeben.
- c. Jedwede **Vorerkrankung**, die **Sie** nicht auf **Ihrem** FMU-Antrag angegeben haben, wird von der **Police** nicht abgedeckt.
- d. Wenn bestimmte Leistungen ausgeschlossen werden oder bestimmte Bedingungen für **Ihre Police** gelten, informieren **wir Sie** schriftlich. Die Versicherung gilt erst ab dem Zeitpunkt, an dem **Sie** oder **Ihr** Versicherungsmakler bestätigen, dass **Sie** diese Bedingungen akzeptieren.

Nicht mitgeteilte Angaben

- e. Wenn **wir** während **Ihrer** Vertragslaufzeit feststellen, dass **uns** eine **Vorerkrankung** nicht mitgeteilt wurde, behalten **wir uns** das Recht vor, entweder bestimmte Leistungen aus **Ihrem Leistungskatalog** auszuschließen oder die Versicherung rückwirkend zu kündigen. Die genauen Folgen entnehmen **Sie** bitte dem Hinweis nach § 19 VVG im Antragsformular.

Option 2 – MORATORIUM OHNE RISIKOPRÜFUNG

- f. Wenn **Sie** den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung wählen, füllen **Sie** bitte das Moratorium-Formular aus. **Wir** fragen **Sie** in diesem Fall nicht nach **Ihren Vorerkrankungen**.
- g. Moratorium ohne Risikoprüfung bedeutet, dass **Sie** und alle anspruchsberechtigten **Angehörigen** nicht in Bezug auf **Vorerkrankungen** versichert sind, die in den fünf (5) Jahren vor **Ihrem Versicherungsbeginn** bestanden haben.
- h. Nach zwei Jahren mit unterbrechungsfreiem Versicherungsschutz können **Vorerkrankungen** in den Versicherungsumfang einbezogen werden (es sei denn, die

Krankheit ist in der **Police** ausdrücklich ausgeschlossen), wenn **Sie** bzw. **Ihre** versicherten **Angehörigen** zum Zeitpunkt der ersten Behandlung:

- i. keine Symptome hatten;
- ii. keinen **medizinischen Praktiker** zur Untersuchung/Überwachung einer **Vorerkrankung** aufgesucht haben oder keine Nachuntersuchungen stattgefunden haben oder **sie** nicht **medizinisch behandelt** oder beraten wurden;
- iii. keine Medikamente für eine **Vorerkrankung** verschrieben bekommen oder eingenommen haben, einschließlich **freiverkäufliche Medikamente**, besondere Ernährung, Injektionen oder **Physiotherapie**;
- iv. sich nicht entgegen ärztlichem Rat verhalten haben; und
- v. **Sie** sich nachvollziehbarerweise nicht im Klaren darüber waren, dass **Sie** diese **Vorerkrankung** hatten.
- vi. Bestehen Zweifel daran, ob eine **Erkrankung** bereits vor **Versicherungsbeginn** bestand, behalten **wir uns** das Recht vor, eine weitere ärztliche Meinung einzuholen. Die endgültige Entscheidung, ob eine Krankheit im Versicherungsumfang enthalten ist, liegt allein bei der medizinischen Leitung (Chief Medical Officer - CMO).

Option 3 – FORTSETZUNG PERSÖNLICHE MEDIZINISCHE AUSSCHLÜSSE (CPME)

- i. Wenn **Sie** bereits eine Auslandskrankenversicherung bei einem anderen **Versicherer** abgeschlossen haben, können **Sie** möglicherweise einen Wechsel zu **Morgan Price** beantragen. Diese muss einen gleichwertigen oder geringeren **Versicherungstarif** beinhalten als **Ihre** bestehende Versicherung. Der Versicherungsschutz darf nicht unterbrochen werden, während **Sie** von **Ihrer** alten Versicherung zu **uns** wechseln.
- ii. **Wir** werden **Sie** bitten, eine Reihe von Gesundheitsfragen zu beantworten und **uns** eine **Versicherungsscheinkopie** des anderen **Versicherers** vorzulegen. Dazu gehören Angaben zu persönlichen medizinischen Leistungen, die ihr vorheriger **Versicherer** von **Ihrer Police** ausgeschlossen hat. Wenn **wir Ihrem** Antrag zustimmen, werden **wir Ihre** Versicherungsbedingungen von **Ihrem** bisherigen **Versicherer** auf **Morgan Price** übertragen. Bitte beachten **Sie**, dass sich die Bedingungen der **Morgan-Price-Versicherungspolice** von denen **Ihrer** vorherigen **Police** unterscheiden können.

4 Plan-Typ

Die Leistungen, die **allgemeine Höchstgrenze** und das Sublimit, die durch den anwendbaren **Versicherungstarif** (Standard, Standard Plus, Comprehensive, Premium und Elite) bereitgestellt werden, der im Rahmen des vom **Versicherungsnehmer** gewählten Plan-Typs ausgewählt wurde, und zu deren Zahlung sich der **Versicherer** an jede **versicherte Person** oder in deren Namen, in jeder **Versicherungsperiode** verpflichtet hat, sind die folgenden:

Leistungsverzeichnis

ALLE LEISTUNGEN GELTEN FÜR DAS NETZWERK VON LEISTUNGSERBRINGERN ODER BEDÜRFTEN EINER VORABGENEHMIGUNG, WENN SIE AUSSERHALB DES NETZWERKS ANFALLEN.

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

Allgemeine Höchstgrenze

Dies ist der Höchstbetrag, den wir an jede versicherte Person oder in ihrem Namen in jeder Versicherungsperiode zahlen.

500,000	750,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
---------	---------	-----------	-----------	-----------

1 Krankenhausleistungen

Für die Leistungen A, B, D, G, H und I ist eine Vorabgenehmigung erforderlich

A.	Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€
Stationärer Krankenhausaufenthalt, einschließlich					
Krankenhausaufenthalt, Krankenpflege, OP-Saal und Kosten für Intensivstation/IMC	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Honorare von Chirurgen, Anästhesisten, Fachärzten und Ärzten	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Physiotherapie	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Innere Prothesen, medizinische Hilfsmittel/Vorrichtungen, wenn sie als integraler Bestandteil eines chirurgischen Verfahrens benutzt werden	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Verschriebene Arzneimittel und Medikamente	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Diagnostische Verfahren, einschließlich Röntgenaufnahmen, Pathologie und MRT-/CT-/PET-Scans	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
B. Teilstationäre Behandlung, wenn eine Erholungsphase in einem Krankenhausbett erforderlich ist	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
C. Krankenhausaufenthalt eines Elternteils für eine versicherte Person, die bei einem stationär behandelten Kind (unter 19 Jahren) bleibt.	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

1 Krankenhausleistungen — Fortsetzung

Für die Leistungen A, B, D, G, H und I ist eine Vorabgenehmigung erforderlich

D. Stationäre psychiatrische Behandlung bis zur Anzahl der Nächte, die für jede Versicherungsperiode angegeben ist	Nicht versichert	Volle Erstattung - Maximal 15 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 15 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 30 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 30 Nächte
E. Unfall- und Notfallbehandlung, die zu einer erstattungsfähigen stationären oder teilstationären Behandlung führt	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
F. Äußere Prothesen, die mit einem chirurgischen Eingriff verbunden sind	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500
G. Rehabilitationsversorgung auf stationärer Basis, die im Zusammenhang mit einem Unfall, einer Verletzung oder einer Krankheit stehen, welche/r während der Versicherungsdauer aufgetreten ist	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen
H. Nierendialyse-Leistungen bei vorübergehender Notwendigkeit bei plötzlichem Nierenversagen infolge einer Krankheit oder Verletzung, die durch den Plan abgedeckt ist. Für diese Leistung gilt eine Lebensdauer-Höchstbegrenzung	Nicht versichert	Lebensdauer-Begrenzung bis 20,000	Lebensdauer-Begrenzung bis 20,000	Lebensdauer-Begrenzung bis 20,000	Lebensdauer-Begrenzung bis 20,000
I. Leistung für Organtransplantation für Nieren-, Leber-, Herz-, Lungen-, Stammzellen-, Knochenmark- und Hauttransplantationen	Nicht versichert	100,000	200,000	250,000	300,000
J. Teilstationäre psychiatrische Leistungen für bis zu vier separate teilstationäre Aufnahmen pro Versicherungsperiode	Nicht versichert	Volle Erstattung begrenzt auf vier verschiedene teilstationäre Aufnahmen pro Versicherungsperiode	Volle Erstattung begrenzt auf vier verschiedene teilstationäre Aufnahmen pro Versicherungsperiode	Volle Erstattung begrenzt auf vier verschiedene teilstationäre Aufnahmen pro Versicherungsperiode	Volle Erstattung begrenzt auf vier verschiedene teilstationäre Aufnahmen pro Versicherungsperiode
K. Örtliche Ambulanzdienste, wenn benötigt für den Transport ins Krankenhaus im Falle eines medizinischen Notfalls	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
L. Leistungen für stationäre Patienten mit chronischen Erkrankungen, die nach dem Beginn des Versicherungszeitraums diagnostiziert wurden oder deren Deckung in der Phase des Versicherungsantrags schriftlich vereinbart wurde.	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

2 Leistung bei Krebsbehandlung		Vorabgenehmigung erforderlich			
A. Krebsbehandlungen: Ab dem Datum, an dem bei einer versicherten Person Krebs diagnostiziert wird, werden alle Behandlungen im Rahmen dieser Leistung bewertet und bezahlt	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung

3 Ambulante Leistungen		Für Leistung J gilt eine 12-monatige Wartezeit und eine Vorabgenehmigungspflicht			
A. Ambulante kleinere chirurgische Eingriffe, bei denen keine Erholungsphase im Krankenhausbett erforderlich ist	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
B. Ambulante Dienste, einschließlich Arzt- und Facharztgebühren Verordnete Medikamente, Arzneimittel und Verbände	1.000 für Behandlungen, die vor oder nach einer Operation oder innerhalb von sechs Wochen nach einem erstattungsfähigen stationären Aufenthalt erhalten werden	Kombinierter Höchstbetrag von 2,500	Kombinierter Höchstbetrag von 5,000	Kombinierter Höchstbetrag von 10,000	Volle Erstattung
C. Diagnostische Tests, Röntgenaufnahmen, Pathologie	Nicht versichert				
D. Leistungen für ambulante Patienten mit chronischen Erkrankungen, die nach dem Beginn des Versicherungszeitraums diagnostiziert wurden oder deren Deckung in der Phase des Versicherungsantrags schriftlich vereinbart wurde.	Nicht versichert				
E. MRT-/CT-/PET-SCANS	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
F. Physiotherapie	Nicht versichert	500	1,000	1,500	2,000

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

3 Ambulante Leistungen — Fortsetzung		Für Leistung J gilt eine 12-monatige Wartezeit und eine Vorabgenehmigungspflicht			
G. Medizinische Hilfsmittel und Vorrichtungen, einschließlich Miete von Mobilitätshilfen	Nicht versichert	500	1,000	1,500	2,000
H. Komplementäre Therapien, einschließlich Chiropraktik, Homöopathie, Osteopathie, Akupunktur, ayurvedische, pflanzliche und chinesische Medizin, mit registrierten Praktikern und zugehörige verschriebene Medikamente und Arzneimittel	Nicht versichert	500	1,000	1,500	2,000
I. Hormonersatztherapie zur Linderung von Menopausensymptomen	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	250	350
J. Ambulante psychiatrische Behandlung nach Überweisung durch einen Arzt	Nicht versichert	Volle Erstattung - Maximal 5 Besuche	Volle Erstattung - Maximal 10 Besuche	Volle Erstattung - Maximal 15 Besuche	Volle Erstattung - Maximal 30 Besuche
K. Häusliche Krankenpflege auf Empfehlung eines Arztes direkt im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt	Nicht versichert	Volle Erstattung - Maximal 3 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 12 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 26 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 26 Wochen

4 Leistungen bei chronischen Erkrankungen		Vorabgenehmigung erforderlich. Für Leistung B gilt eine 2-jährige Wartezeit.			
A. Hospizpflege für eine versicherte Person, die unheilbar krank ist und in einem Hospiz gepflegt wird	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte
B. HIV- und AIDS Behandlung, wenn die Krankheit durch eine Bluttransfusion verursacht wurde	Nicht versichert	Nicht versichert	2,500 in jeder Versicherungsperiode bis zu einer Lebensdauer-Begrenzung von 37,500	5,000 in jeder Versicherungsperiode bis zu einer Lebensdauer-Begrenzung von 37,500	7,500 in jeder Versicherungsperiode bis zu einer Lebensdauer-Begrenzung von 37,500

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
€/€/€	€/€/€	€/€/€	€/€/€	€/€/€

5 Gesundheitsfördernde Leistungen

Für alle Leistungen unter diesem Punkt gilt eine 12-monatige Wartezeit

A. Kontrolluntersuchungen, einschließlich Krebsvorsorge und routinemäßige Gesundheits-Checks zur frühen Diagnose von Erkrankungen	50	100	200	500	1,000
B. Reiseimpfungen/präventive Medikation für Fernreisen	Nicht versichert	50	75	100	150
C. Impfungen für Kinder bis zum Alter von 10 Jahren zur Prävention von Krankheiten	Nicht versichert	50	75	100	150
D. Leistung für einen Seetest pro Jahr	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung
E. Leistung für die Kosten von Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen)	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	100	300
F. Leistung für Augenlaserchirurgie zur Korrektur von Sehschwächen	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
G. Leistung für einen Hörtest pro Jahr	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung
H. Leistung für die Kosten eines Hörgerätes	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	150	300

6 Zahnbehandlungsleistungen

Ein prozentualer Selbstbehalt von 10 % und eine 6-monatige Wartezeit gelten für Leistungen unter Punkt B, C, D und E

A. Notfallzahnbehandlung – notwendige Zahnbehandlung unmittelbar nach einem Unfall zur Wiederherstellung gesunder eigener Zähne	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
B. Zahnärztliche Routinebehandlung ohne Notfall, einschließlich Routineuntersuchungen, Röntgenaufnahmen, Modellanfertigungen, Reinigen/Polieren, Füllungen, Extraktionen (außer Weisheitszähne)	Nicht versichert	Nicht versichert	750	1,000	1,500

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
€/€/€	€/€/€	€/€/€	€/€/€	€/€/€

6 Zahnbehandlungsleistungen — Fortsetzung

Ein prozentualer Selbstbehalt von 10 % und eine 6-monatige Wartezeit gelten für Leistungen unter Punkt B, C, D und E

C. Größere zahnärztliche Behandlungen ohne Notfall, einschließlich Kronen, Inlays, Brücken, Zahnersatz, Wurzelbehandlung und Behandlung von Entzündungen	Nicht versichert	Nicht versichert	750	1,000	1,500
D. Stationäre, teilstationäre oder ambulante Extraktion von Weisheitszähnen	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
E. Kieferorthopädische Zahnbehandlung für versicherte Kinder unter 19 Jahren	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	500	1,000

7 Mutterschaftsleistungen

Es gilt eine 10-monatige Wartezeit und eine Vorabgenehmigungspflicht

A. Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt	Nicht versichert	2,500	10,000	15,000	Volle Erstattung
B. Normale Schwangerschaft und Geburt	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	7,500	10,000
C. Kinderärztliche Leistung für die ärztliche Erstuntersuchung eines Neugeborenen	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	150	300
D. Behandlung eines Frühgeborenen während der ersten zwei Monate nach der Geburt	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
€/S/€	€/S/€	€/S/€	€/S/€	€/S/€

8 Zusatzleistungen		Für Leistungen unter A und C gilt eine 12-monatige Wartezeit				
A. Leistungen für angeborene Krankheiten, die bei der Geburt nicht entdeckt wurden, die aber später operativ korrigiert werden können. Für diese Leistung gilt eine Lebensdauer-Höchstbegrenzung.	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung – Bis 20,000 Lebensdauer-Begrenzung	Volle Erstattung – Bis 20,000 Lebensdauer-Begrenzung	
B. Leistungen für angeborene Krankheiten/Geburtsfehler bei Erkrankungen, die innerhalb eines Jahres nach der Geburt bei Babys diagnostiziert werden, die auf natürliche Weise gezeugt wurden. Für diese Leistung gilt eine Lebensdauer-Höchstbegrenzung.	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung – Bis 20,000 Lebensdauer-Begrenzung	Volle Erstattung – Bis 20,000 Lebensdauer-Begrenzung	
C. Leistungen bei Unfruchtbarkeit für Untersuchungen der medizinischen Ursache der Unfruchtbarkeit, wenn beide Partner unter dieser Police versichert sind und wenn der behandelnde Arzt des Paares der Auffassung ist, dass Symptome und/oder Beweise für eine medizinische Ursache vorliegen.	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	2,000	3,000	

9 Geldleistungen		Für Leistung B gilt eine 10-monatige Wartezeit.				
A. Krankenhaus-Geldleistung bei kostenloser stationärer Behandlung	50 pro Nacht - Maximal 30 Nächte	100 pro Nacht - Maximal 30 Nächte	100 pro Nacht - Maximal 30 Nächte	200 pro Nacht - Maximal 30 Nächte	200 pro Nacht - Maximal 30 Nächte	
B. Mutterschafts-Geldleistung, die bei der Geburt eines Kindes gezahlt wird, wenn kein Anspruch im Rahmen der Mutterschaftsleistung geltend gemacht wurde	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	250	500	
C. Geldleistung für Rekonvaleszenz, zahlbar für jede vollständige Woche, die Patienten ans Haus gebunden sind (außer die erste Woche) – die Leistung ist auf vier Wochen pro Versicherungsperiode begrenzt	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	500	

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
€/S/€	€/S/€	€/S/€	€/S/€	€/S/€

10 Leistungen für medizinische Evakuierung und Rückführung		Vorabgenehmigung erforderlich				
A. Die Kosten für den Transport einer versicherten Person bei einem medizinischen Notfall, wenn die lokalen Einrichtungen ungeeignet sind, und für den Rücktransport zum Land ihres Wohnsitzes nach der Behandlung, einschließlich der Kosten für eine medizinische Begleitung, falls notwendig.	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	
B. Reisekosten für eine Begleitperson, wenn sie eine versicherte Person bei einem medizinischen Notfalltransport begleitet	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	
C. Unterbringungskosten für eine Begleitperson, wenn sie eine versicherte Person bei einem medizinischen Notfalltransport begleitet	Nicht versichert	100 – Maximal 10 Nächte pro Ereignis	150 – Maximal 10 Nächte pro Ereignis	200 – Maximal 10 Nächte pro Ereignis	250 – Maximal 10 Nächte pro Ereignis	
D. Kosten für medizinische Hilfe, einschließlich Überweisung, medizinischer Beratung und Beschaffung wichtiger verschreibungspflichtiger Medikamente.	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	
E. Reisekosten von angehörig Kindern unter 19 Jahren zu einem Zielort nach Wahl der versicherten Person im Anschluss an ihren medizinischen Notfalltransport oder für die Reise eines Verwandten zum Zielort der Kinder	Hin- und Rückflugticket in Economy Class Flugticket	Hin- und Rückflugticket in Economy Class Flugticket	Hin- und Rückflugticket in Economy Class Flugticket	Hin- und Rückflugticket in Economy Class Flugticket	Hin- und Rückflugticket in Economy Class Flugticket	
F. Rückführung eines Verstorbenen, der außerhalb seines Heimatlandes gestorben ist	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	
G. Beerdigung oder Einäscherung vor Ort, wenn der Verstorbene außerhalb seines Heimatlandes gestorben ist	1,000	1,000	2,000	2,000	5,000	

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
E/\$/€	E/\$/€	E/\$/€	E/\$/€	E/\$/€

11 Leistung für Behandlung außerhalb der Region

A. Notfallbehandlung außerhalb der Region für medizinische Notfallbehandlungen und akute Episoden bestehender, versicherter Krankheiten, während die versicherte Person sich vorübergehend auf Reisen außerhalb der von ihr gewählten Region befindet.	25,000 - Nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr	25,000 - Nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr	40,000 - Nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr	70,000 - Nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr	100,000 - Nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr
--	---	---	---	---	--

12 Evakuierung in das Heimatland

Vorabgenehmigung erforderlich. Optionale Leistung und nur anwendbar, wenn Sie diese Leistung gewählt haben

A. Evakuierung in das Heimatland einer versicherten Person (wenn das Heimatland innerhalb der gewählten Region liegt). Gilt nur, wenn Sie diese Zusatzleistung erworben haben	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
---	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

WENN SIE EINEN SELBSTBEHALT AUSGEWÄHLT HABEN, GILT DIESER NICHT FÜR 5. GESUNDHEITSFÖRDERNDE LEISTUNGEN 6. ZAHNBEHANDLUNGSLEISTUNGEN, 9. GELDLLEISTUNGEN UND 10. LEISTUNGEN FÜR MEDIZINISCHE EVAKUIERUNG UND RÜCKFÜHRUNG

Wenn Versicherte einen **Selbstbehalt** gewählt haben, gilt dieser nicht für 5. Gesundheitsfördernde Leistungen, 6. Zahnbehandlungsleistungen, 9. Geldleistungen und 10. Leistungen für medizinische Evakuierung und Rückführung.

5 So verwalten Sie Ihre Police

- Der Versicherungsschutz für **Sie** und **Ihre Angehörigen** kann beginnen, sobald **wir Ihren** Antrag angenommen haben und **Ihre** erste Beitragszahlung einschließlich aller erhobenen Steuern bei **uns** eingegangen ist.
- Das Datum des **Versicherungsbeginns** finden **Sie** auf **Ihrem Versicherungsschein**. Der **Versicherungsbeginn** muss innerhalb von dreißig (30) Tagen ab dem Unterschriftsdatum auf **Ihrem** Antragsformulars erfolgen.
- Sie** erhalten von **uns Ihren Versicherungsschein** im PDF-Format, alle relevanten Zusätze, einen **Leistungskatalog** und eine Versicherungskarte, auf der auch die Informationen für **Notfallansprüche** angegeben sind.
- Der Vertrag ist jeweils ein Jahr gültig und kann jährlich verlängert werden, vorbehaltlich der zum Zeitpunkt des **jährlichen Verlängerungsdatums** geltenden Bedingungen und der Zahlung des entsprechenden Verlängerungsbeitrags.

A. Beitragszahlung

Alle Beiträge sind 14 Tage nach Erhalt des vorläufigen Versicherungsscheins zu zahlen. Die Beiträge können per Banküberweisung, SEPA-Lastschrift oder per Debit-/Kreditkarte bezahlt werden.

Der Versicherungsvertrag ist jeweils ein Jahr gültig, die Beiträge (und eventuell anfallende Steuern) können monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt werden. Wenn **Sie** sich für Teilzahlungen entscheiden, wird **Ihnen** eine Verwaltungsgebühr berechnet. **Sie** sind trotzdem verpflichtet, den gesamten Jahresbeitrag zu bezahlen, auch wenn **wir** zugestimmt haben, dass **Sie** die Summe in Raten zahlen. Wenn **wir** einer Ratenzahlung zustimmen, müssen **Sie** dafür sorgen, dass die von **Ihnen** angegebene Kreditkarte während des gesamten Versicherungsjahres gültig ist.

Wenn **Sie** den Beitrag jährlich bezahlen möchten, haben **Sie** die Wahl zwischen den folgenden Zahlungsmitteln:

- Kredit- oder Debitkarte (Visa oder Mastercard).
- SEPA-Lastschrift (nur für EU-Kontoinhaber).
- Banküberweisung

Wenn **Sie** den Beitrag monatlich bezahlen möchten, haben **Sie** die Wahl zwischen den folgenden Zahlungsmitteln:

- Kredit- oder Debitkarte (Visa oder Mastercard).
- SEPA-Lastschrift (nur für EU-Kontoinhaber).

Wenn **Sie** den Beitrag quartalsweise bezahlen möchten, haben **Sie** die Wahl zwischen den folgenden Zahlungsmitteln:

- Kredit- oder Debitkarte (Visa oder Mastercard).
- SEPA-Lastschrift (nur für EU-Kontoinhaber).

Wenn **Sie** den Beitrag halbjährlich bezahlen möchten, haben **Sie** die Wahl zwischen den folgenden Zahlungsmitteln:

- Kredit- oder Debitkarte (Visa oder Mastercard).
- SEPA-Lastschrift (nur für EU-Kontoinhaber).

Wenn **Sie unsere** Kreditkarten- oder SEPA-Lastschiftermächtigung ausfüllen, ermächtigen **Sie uns**, den fälligen Beitrag entsprechend der gewählten Zahlungsfrequenz von **Ihrem** Konto abzubuchen. **Sie** ermächtigen **uns** außerdem, die von **uns** mitgeteilten folgenden Verlängerungsbeiträge zu verarbeiten, bis **wir** schriftliche Anweisungen erhalten, dass **Sie** die Zahlungsmethode ändern oder die **Police** kündigen möchten.

Sie sind dafür verantwortlich, **uns** jeweils **Ihre** aktuellen Kredit- oder Debitkarteninformationen mitzuteilen. **Sie** müssen **uns** über Änderungen **Ihrer** Kredit- oder Debitkartendaten informieren, damit **wir** in jedem Fall **Ihre** Beiträge einziehen können.

SEPA-Lastschriften können nur von EU-Bankkonten für **Polices** akzeptiert werden, die in Euro (€) ausgestellt sind.

Sollten **wir** in einem Monat aus irgendeinem Grund nicht in der Lage sein, eine Rate per SEPA-Lastschrift oder Kreditkarte einzuziehen, müssen **wir** u. U. zum nächsten Zahlungstermin mehr als eine Rate einziehen.

Benachrichtigung gemäß § 37 Abs. 2 VVG über die Folgen einer verspäteten Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags.

Um von **uns** Versicherungsschutz zu erhalten, müssen **Sie** die vereinbarten Beiträge bezahlen. Wenn **Sie** den ersten oder einmaligen Beitrag nicht fristgerecht bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens an dem Tag, an dem **Sie** den Beitrag bezahlt haben.

Der Versicherungsschutz beginnt jedoch trotzdem zum vereinbarten Datum, wenn **Sie** nachweisen, dass **Sie** den Zahlungsausfall nicht verschuldet haben.

Wenn **Sie** den ersten oder einmaligen Beitrag nicht fristgerecht zahlen, können **wir** vom Vertrag zurücktreten, bis **Sie** den Beitrag bezahlt haben. **Unser** Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn **Sie** nachweisen können, dass **Sie** den Zahlungsausfall nicht verschuldet haben.

Hinweis: Weitere Regelungen zum Beginn des Versicherungsschutzes, zur Fälligkeit des ersten oder einmaligen Beitrags und zu fristgerechten Zahlungen finden **Sie** in der Versicherungs**police** und in den für **Ihren** Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen.

B. Nicht bezahlte oder verspätete Zahlungen

Wir behalten **uns** das Recht vor, die Möglichkeit von Frequenzzahlungen zu entziehen und/oder bei Zahlungsausfällen eine Verwaltungsgebühr zu erheben. **Unsere** Verwaltungsgebühr beträgt 30 £/€/\$.

C. Verspätete Zahlung des ersten Versicherungsbeitrags

- Wird der einmalige Beitrag oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der **Versicherer** berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, es sei denn, der **Versicherungsnehmer** hat den Zahlungsausfall nicht verschuldet.
- Ist der einmalige Beitrag oder der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht bezahlt, ist der **Versicherer** nicht zur Zahlung verpflichtet, es sei denn,

der **Versicherungsnehmer** hat den Zahlungsausfall nicht verschuldet.

D. Verspätete Zahlung der nachfolgenden Beiträge

- (1) Wird ein Folgebeitrag nicht fristgerecht bezahlt, kann der **Versicherer** dem **Versicherungsnehmer** auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei (2) Wochen setzen. Die Fristsetzung ist nur wirksam, wenn die rückständigen Beiträge einzeln aufgeführt sind und die Zinsen und Kosten sowie die Rechtsfolgen genannt werden, die nach den Absätzen (2) und (3) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei konsolidierten Verträgen müssen die Beträge separat aufgeführt werden.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Frist ein und ist der **Versicherungsnehmer** mit der Zahlung der Beiträge oder der Zinsen oder Kosten im Rückstand, so ist der **Versicherer** nicht zur Zahlung verpflichtet.
- (3) Der **Versicherer** kann den Vertrag nach Ablauf der Frist ohne weitere Mahnung kündigen, sofern der **Versicherungsnehmer** mit der Zahlung der fälligen Beträge im Rückstand ist. Die Kündigung kann mit der Setzung der Zahlungsfrist in der Weise verbunden werden, dass sie mit Ablauf der Frist wirksam wird, wenn der **Versicherungsnehmer** zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Rückstand ist; hierauf ist der **Versicherungsnehmer** in der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der **Versicherungsnehmer** die Zahlung innerhalb eines (1) Monats nach Beendigung der **Police** oder, falls sie mit einer Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf dieser Frist leistet; Absatz (2) bleibt unverändert. Jeder ausstehende Beitrag wird von der angegebenen Kredit- oder Debitkarte abgebucht. Die Beiträge müssen in der Währung bezahlt werden, die **Sie** zu **Versicherungsbeginn** gewählt haben. Die **Police** kann in £/€/US\$ ausgestellt werden. Der Beitrag bleibt unabhängig von der von **Ihnen** gewählten Währung gleich und **Ihre** Leistungen werden dann in der von **Ihnen** gewählten Währung denominated. **Wir** behalten **uns** das Recht vor, die Beiträge jederzeit zu ändern. Wenn **wir** dies tun, werden die neuen Beiträge allerdings erst zum Zeitpunkt **Ihres jährlichen Verlängerungsdatums** wirksam. **Wir** behalten **uns** das Recht vor, die Höhe der Insurance Premium Tax (IPT), der staatlichen Abgaben oder anderer Steuern gemäß gesetzlicher Vorgaben zu ändern und die Beiträge bei der nächsten Fälligkeit anzupassen.

E. Kündigung Ihrer Police

Wenn der **Versicherungsnehmer** die **Police** während der Laufzeit der **Police** kündigt, müssen **Sie uns** dies mindestens dreißig (30) Tage vorher schriftlich an die in den **Police**unterlagen angegebene Adresse mitteilen. **Wir** beenden die **Police** zum Eingangsdatum der Kündigung oder zu einem zukünftigen Datum. Unter keinen Umständen werden **wir** eine vom **Versicherungsnehmer** beantragte Kündigung zurückdatieren. Sobald wir Ihre Kündigungsmittel erhalten haben und sofern in der laufenden 12-monatigen Versicherungsperiode keine

Ansprüche erhoben oder **Vorabgenehmigung** geltend gemacht wurden, erfolgt gegebenenfalls eine anteilige Rückerstattung. Falls ein **Anspruch** eingereicht wurde, wird keine Erstattung fällig und alle ausstehenden Raten müssen bezahlt werden.

Wenn Sie Ihren Plan kündigen, behalten **wir uns** das Recht vor, eine Verwaltungsgebühr von 30 £/€/€ zu berechnen.

Wir kündigen diese **Police** nicht aufgrund von berechtigten **Ansprüchen** der **versicherten Person**. **Wir** behalten **uns** das Recht vor, die **Police** jederzeit mit sofortiger Wirkung zu kündigen, wenn eine **versicherte Person** gegen **ihre** Auskunftspflicht gemäß Klausel c (Auskunftspflicht - Verstoß gegen eine vertragliche Verpflichtung) in Abschnitt 3 (Bedingungen der **Police**) verstoßen hat, einschließlich:

- a. **uns** durch falsche Angaben oder Verschweigen getäuscht oder eine Frage zu dieser **Police** nicht wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet hat; oder
 - b. einen falschen oder betrügerischen **Anspruch** eingereicht oder dies versucht hat, oder eine Person jedwede arglistigen Methoden in dem Versuch angewendet hat, einen betrügerischen **Anspruch** einzureichen; oder
 - c. den fälligen ersten oder einmaligen Beitrag nicht bezahlt hat.
- Zu a) und b) beachten **Sie** bitte die genauen Bedingungen **unseres** Kündigungsrechts, die in der Belehrung nach § 19 VVG im Antragsformular und in Abschnitt A (Beitragszahlung) unter Kapitel 5 (So verwalten **Sie Ihre Police**) erläutert sind.

F. Hinzufügen/Entfernen von Angehörigen

Sie können während der **Versicherungsperiode** jederzeit einen Antrag auf Aufnahme für **Ihre** anspruchsberechtigten **Angehörigen** stellen. Dazu muss ein ausgefülltes Antragsformular vorliegen und der erforderliche Beitrag muss bei **uns** eingegangen sein. **Ihr Angehöriger** unterliegt der medizinischen Risikoprüfung oder dem Beginn einer neuen Moratoriumsperiode ab dem Datum des Eintritts.

Ein gesundes **neugeborenes** Kind kann von Geburt an in diese **Police** aufgenommen werden, vorausgesetzt, **Sie** lassen **uns** das ausgefüllte Antragsformular innerhalb von 14 Tagen nach der Geburt zukommen. Wenn **Sie uns** nach dieser Frist informieren, wird das **neugeborene** Kind ab dem Datum, an dem **wir** das ausgefüllte Antragsformular erhalten – und nicht ab dem Geburtsdatum – aufgenommen. Wenn bei **Ihrem neugeborenen** Kind **Erkrankungen** bekannt sind und **Sie** mit vollständiger medizinischer Risikoprüfung versichert sind, müssen **Sie** diese auf dem FMU-Antragsformular angeben und **wir** lassen **Sie** wissen, welche Deckung **wir Ihnen** anbieten können. Wenn **Sie** Moratorium ohne Risikoprüfung gewählt haben, beginnt die Wartezeit an dem Tag, an dem das **neugeborene** Kind aufgenommen wurde.

Bitte beachten **Sie**: Wenn **Sie** einen **Anspruch** unter Punkt 7 „**Mutterschaftsleistungen**“ eingereicht haben, handelt es sich hierbei nicht zugleich um eine förmliche Benachrichtigung, dass das **neugeborene** Kind in diese **Police** aufgenommen werden soll. Damit das **neugeborene** Kind mitversichert wird, ist es erforderlich, einen Antrag auszufüllen und die schriftliche Zustimmung des **Versicherers** einzuholen.

Wenn **Sie** einen oder mehrere **Ihrer** versicherten **Angehörigen** aus der **Police** entfernen möchten, müssen **Sie uns** eine schriftliche Anfrage senden. Die Entfernung der Person(en) erfolgt ab dem Eingangsdatum der schriftlichen Benachrichtigung.

G. Erneuerung des Versicherungsschutzes

Wenn bestimmte Eignungsvoraussetzungen erfüllt sind und die erforderlichen Beiträge bezahlt wurden, bleibt diese **Police** während der **Versicherungsperiode** in Kraft und kann jeweils um ein (1) Jahr zu den geltenden Bedingungen, Beitragssätzen und Leistungen verlängert werden.

Wir kündigen diese **Police** nicht aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands einer **versicherten Person** oder aufgrund der Anzahl/Beträge der **Ansprüche**, die eine **versicherte Person** geltend gemachten hat, es sei denn, das Versicherungsrecht oder die Gesetzgebung zwingt **uns** dazu oder **wir** treffen die Entscheidung, diese Art von Versicherung in dem Land der **versicherten Person** nicht mehr zu verkaufen.

Wenn **wir** beschließen, diese **Police** nicht mehr zu verkaufen, informieren **wir** die **versicherte Person** schriftlich so früh wie möglich vor dem nächsten **jährlichen Verlängerungsdatum ihrer Police**.

H. Änderung Ihres Plan-Typs

Sie können eine Änderung **Ihres Plan-Typs** oder der **Region** nur zum **jährlichen Verlängerungsdatum** der **Police** beantragen. Wenn **wir** **Ihren** Antrag annehmen, behalten **wir uns** das Recht vor, den Versicherungsschutz für alle **Erkrankungen** anzupassen, die vor dem Datum dieser Änderung bestanden.

Sie können **Ihre Region** jedoch während der **Versicherungsperiode** ändern, wenn **Sie** in ein **Wohnsitzland** umziehen, das außerhalb der Region liegt, die **Sie** zum **Versicherungsbeginn** oder zum folgenden **jährlichen Verlängerungsdatum** gewählt haben.

I. Vorübergehende Rückkehr in Ihr Heimatland

Für US-amerikanische Staatsbürger kann der Versicherungsschutz für eine vorübergehende Rückkehr und Besuche in **Ihrem Heimatland** insgesamt bis zu neunzig (90) Tage lang während jeder **Versicherungsperiode** bestehen bleiben, vorausgesetzt, das **Heimatland** ist Teil der gewählten **Region**. **Ihre Police** endet automatisch nach neunzig (90) aufeinanderfolgenden in den Vereinigten Staaten von Amerika verbrachten Tagen – siehe „Beendigung“.

Für Staatsangehörige aller anderen Länder weltweit gibt es keine Einschränkung für die vorübergehende Rückkehr und Besuche in **ihrem Heimatland**, vorausgesetzt, das **Heimatland** ist Teil der gewählten **Region** und gehört zu den Ländern, in denen **wir** derzeit Versicherungsschutz anbieten.

Wenn **Ihr Heimatland** außerhalb der von Ihnen gewählten Region liegt, beachten **Sie** bitte den Abschnitt für notfallmäßige „**Behandlung außerhalb der Region**“.

J. Beendigung

Nur für US-amerikanische Staatsbürger: Diese **Police** wird neunzig (90) Tage nach **Ihrer** Rückkehr in **Ihr Heimatland** gekündigt. Die Frist von neunzig (90) Tagen wird um die Anzahl der Tage gekürzt, an denen **Sie** bereits während der **Versicherungsperiode** vorübergehend in die USA zurückgekehrt sind oder in denen **Sie** die USA besucht haben. Wenn bis zum **Ablaufdatum** weniger als neunzig (90) Tage verbleiben, endet der Versicherungsschutz mit dem **Ablaufdatum**. Bei Beendigung dieser **Police** aus jedwedem Grund erlischt **unsere** Haftung sofort.

K. Tod des Hauptversicherten

Stirbt der **Hauptversicherte**, wird sein Ehepartner (sofern bereits über die **Police** versichert) bis zum Ende der **Versicherungsperiode** automatisch zum **Hauptversicherten**. Verbleiben **Angehörige** unter 18 Jahren in der **Police**, muss ein Vormund als **Versicherungsnehmer** bestellt werden.

L. Andere Versicherung

Wenn eine andere Versicherung ebenfalls Leistungen aus **Ihrer Police** abdeckt, für die ein **Anspruch** geltend gemacht wird, müssen **Sie uns** dies bei Einreichung des **Anspruchs** mitteilen.

Unter diesen Umständen sind **wir** nicht verpflichtet, mehr als **unseren** anteiligen Betrag zu zahlen oder beizusteuern.

Sollte sich herausstellen, dass eine andere Versicherung teilweise oder vollständig **Ihren Anspruch** bezahlt hat, können **wir** von **Ihnen** eine Rückerstattung verlangen. **Wir** behalten **uns** das Recht vor, eine solche Erstattung von **Ihren** ausstehenden oder zukünftigen **Ansprüchen** abzuziehen oder **Ihren** Vertrag rückwirkend zum Datum des **Versicherungsbeginns** oder dem darauf folgenden **jährlichen Verlängerungsdatum** ohne Beitragsrückerstattung zu kündigen.

M. Forderungsabtretung

Wenn jemand anderes verantwortlich ist, können **wir** in **Ihrem** Namen gerichtliche Schritte einleiten, um die von **uns** gezahlten **Ansprüche** einzutreiben. **Wir** werden für die Kosten dieser Maßnahme aufkommen und dies wird zu unseren Gunsten sein. Die **versicherten Personen** sind nicht befugt, die Haftung für irgendetwas zu übernehmen oder jemandem ein Versprechen zu geben, das den Versicherten, eine **versicherte Person** oder **uns** zu etwas verpflichtet.

N. Hilfe und Intervention

Unsere Hilfe und Intervention hängen von der Verfügbarkeit vor Ort ab und müssen im Rahmen nationaler und internationaler Gesetze und Vorschriften bleiben. **Unsere** Intervention hängt davon ab, dass **wir** die erforderlichen Genehmigungen der verschiedenen zuständigen Behörden erhalten.

O. Compliance

Es ist notwendig, dass **Sie** die Bedingungen dieser **Police** vollständig einhalten, bevor wir einen **Anspruch** auszahlen.

P. Geltendes Recht

Dieser Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht, sofern **wir** nichts anderes vereinbaren. Für alle Streitigkeiten sind ausschließlich die Gerichte in Deutschland zuständig.

Q. Sanktionen

Von keinem **Versicherer** kann erwartet werden, Versicherungsschutz zu bieten, und kein **Versicherer** ist zur Zahlung eines **Anspruchs** oder zur Erbringung einer Leistung hierunter verpflichtet, soweit die Bereitstellung eines solchen Versicherungsschutzes, die Zahlung eines solchen **Anspruchs** oder die Erbringung einer solchen Leistung diesen **Versicherer** Sanktionen, Verboten oder Beschränkungen gemäß Resolutionen der Vereinten Nationen oder den Handels- oder Wirtschaftssanktionen, den Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen würde.

aufnehmen können, müssen **Sie uns** so schnell wie praktisch möglich kontaktieren.

- b. **Ansprüche, die eine Vorabgenehmigung benötigen**
Im **Leistungskatalog** ist angegeben, in welchem Fall bestimmte Leistungen eine **Vorabgenehmigung** benötigen. Wenn **Sie** einen **Anspruch** auf eine dieser Leistungen geltend machen möchten, müssen **Sie uns** unter +44 (0) 3300 581 668 anrufen und Option 3 auswählen oder eine E-Mail mit den Informationen zu **Ihrem Anspruch** an mpclaims@morgan-price.eu oder, falls **Sie** in Deutschland wohnen, an euroclaims@morgan-price.eu senden.

In den meisten Fällen können **wir** dann direkt mit dem **Krankenhaus**/der Klinik verkehren, um **Ihre** Behandlung zu organisieren, und dann eine Zahlungsgarantie ans **Krankenhaus** ausstellen und dieses direkt bezahlen. Wenn **Sie** bei einem **Notfall** ins **Krankenhaus** eingeliefert werden, stellen **Sie** bitte sicher, dass **Sie** oder ein Vertreter oder ein Mitglied des **Krankenhaus**personals innerhalb von 2 Tagen nach **Ihrer** Einlieferung ins **Krankenhaus** Kontakt mit **uns** aufnehmen, andernfalls gilt ein **prozentualer Selbstbehalt** von 25 % für **Ihren Anspruch**.

Wenn **Sie** nicht gemäß dem **Leistungskatalog** zur **Vorabgenehmigung** kontaktieren, gilt für Ihren Anspruch ein **prozentualer Selbstbehalt** in Höhe von 25 %. Wenn **Ihre Police** einen **Selbstbehalt** oder einen **prozentualen Selbstbehalt** vorsieht, sind **Sie** dafür verantwortlich, die nicht gedeckten Kosten direkt an das **Krankenhaus** zu zahlen.

- c. **Erstattungsansprüche**

Für **Ansprüche**, für die keine **Vorabgenehmigung** erforderlich ist, sollten **Sie** bei der **medizinischen Behandlung** ein **Anspruchsformular** mitnehmen und den behandelnden **Arzt** bitten, seinen Teil des Formulars auszufüllen. Bezahlen **Sie** die Rechnung **selbst** und senden **Sie uns** dann das **Anspruchsformular** und die bezahlte Rechnung/Quittung zu. **Anspruchsformulare** können unter www.morgan-price.eu heruntergeladen werden.

Hinweis: Alle Gebühren, die **Ihr Arzt** für das Ausfüllen des **Anspruchsformulars** erhebt, gehen zu **Ihren** Lasten. Bitte senden **Sie uns** das **Anspruchsformular** und die Begleitdokumente per sicherer E-Mail an mpclaims@morgan-price.eu oder, wenn **Sie** in Deutschland wohnhaft sind, an euroclaims@morgan-price.eu.

Alternativ können **Sie** diese auch per Post an **uns** senden:

Morgan Price Claims Department
Morgan Price (Europe) ApS
ØENS Virksomhedsadministration ApS
Lergravsvej 59, 1
2300 Kopenhagen S
Dänemark

6 Ansprüche geltend machen

- a. **Ansprüche für Notfallhilfe/Evakuierung**

(Vorabgenehmigung erforderlich)

Bei medizinischen Notfällen, einschließlich Evakuierung und Transport, steht **Ihnen** 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr Hilfe zur Verfügung.

Wenn **Sie** einen **Notfall**, eine **kritische** oder lebensbedrohliche **Erkrankung** haben und die örtlichen Einrichtungen möglicherweise nicht in der Lage sind, die notwendige **medizinische Behandlung** zu gewährleisten, kontaktieren **Sie uns** bitte umgehend unter +44 (0) 3300 581 668 und wählen **Sie** die Option 2.

Sie müssen für die Person, die eine **medizinische Behandlung** benötigt, folgende Informationen bereithalten:

- Vollständiger Name.
- Geburtsdatum.
- Mitgliedsnummer (auf **Ihrem Versicherungsschein** zu finden).
- Aufenthaltsort.
- Name und Kontaktinformationen des behandelnden **Arztes/Krankenhauses**.
- Einzelheiten zu der **Erkrankung**.

Wir setzen **uns** mit **Ihrem** behandelnden **Arzt** in Verbindung, um die erforderlichen medizinischen Informationen zu erhalten, damit **wir Ihnen** Gesundheitszustand beurteilen können und entscheiden können, ob eine medizinische Evakuierung erforderlich ist und wie **wir** diese umsetzen müssen. Falls gedeckt, werden entsprechende Vorkehrungen getroffen und **wir** verkehren direkt mit der Einrichtung oder dem Evakuierungsanbieter..

Bei dringenden Notfällen in abgelegenen oder primitiven Gebieten, in denen **Sie** nicht vorgängig mit **uns** Kontakt

Bitte erstellen **Sie** eine Kopie **Ihrer Anspruchs**unterlagen, bevor **Sie uns** die Originale zusenden.

Wenn **Sie** mit **uns** über **Ihren Anspruch** sprechen möchten, rufen **Sie uns** bitte an unter +44 (0) 3300 581 668.

d. Allgemeine Hinweise zu **Ansprüchen**

Sie müssen für jede **Erkrankung** nur ein **Anspruchs**formular pro **Policen**jahr ausfüllen. Wenn **Sie** weitere Rechnungen für einen bereits eingereichten **Anspruch** erhalten, senden **Sie uns** diese bitte mit einem Begleitschreiben und geben **Sie** dabei **Ihre** Versichertennummer und die bereits zugewiesene **Anspruchs**nummer an. Alternativ können **Sie** auch eine Kopie **Ihres** ursprünglichen **Anspruchs**formulars zusammen mit den zusätzlichen Rechnungen einreichen.

Wenn **Sie** **Ihren** ersten **Anspruch** einreichen, senden **Sie uns** bitte auch das ausgefüllte Formular mit **Ihren** Bankinformationen, damit **wir** Zahlungen an **Sie** ausführen können. **Sie** müssen einen IBAN- und SWIFT-Code angeben, wenn dies erforderlich ist.

Hinweis: **Wir** können keine Zahlungen an Banken in Ländern ausführen, in denen britische/amerikanische Sanktionen gelten.

ALLE **Ansprüche** müssen innerhalb von drei (3) Monaten nach dem Leistungs- oder Behandlungsdatum eingereicht werden, andernfalls werden sie nicht für die Erstattung berücksichtigt.

Wenn **wir** Informationen zu einem **Anspruch** von **Ihnen** erfragen, müssen **Sie uns** diese schriftlich innerhalb von achtundzwanzig (28) Tagen nach **unserer** Anfrage oder so schnell wie möglich danach zukommen lassen. Unter bestimmten Umständen können **wir** **Sie** auffordern, sich medizinisch untersuchen zu lassen. **Wir** tragen die Kosten.

Sie müssen **uns** eine schriftliche Stellungnahme zur Belegung **Ihres Anspruchs** zusammen mit (auf eigene Kosten) allen notwendigen dokumentarischen Nachweisen, Informationen, Zertifikaten, Quittungen und Berichten vorlegen, deren Bereitstellung **wir** vernünftigerweise von **Ihnen** verlangen können. Möglicherweise müssen **wir** auch weitere Informationen wie einen Polizeibericht, eine Sterbeurkunde, einen Autopsiebericht und Reiseunterlagen anfordern. Wenn **Sie uns** die Informationen, die **wir** vernünftigerweise angefordert haben, nicht zur Verfügung stellen, können **wir** **Ihren Anspruch** nicht beurteilen.

Die endgültige Entscheidung bei der Beurteilung von medizinischen **Ansprüchen** liegt allein bei der medizinischen Leitung (Chief Medical Officer - CMO).

Wenn **Sie** eine **Police** mit **Selbstbehalt** gewählt haben, gilt dieser pro Person und **Versicherungsperiode**. Er wird daher einmal pro Jahr auf jede **versicherte Person** angewendet. Wenn **Sie** bei den **ambulant**en Leistungsoptionen zusätzlich einen **prozentualen Selbstbehalt** gewählt haben, wird zunächst der **Selbstbehalt** auf den **Anspruch** und anschließend der **prozentuale Selbstbehalt** auf den Restbetrag angerechnet. Zu Beginn jeder **Versicherungsperiode** tragen **Sie** die Kosten für alle Ausgaben bis zur Höhe **Ihres Selbstbehalts**.

Bitte senden **Sie uns** ein ausgefülltes **Anspruchs**formular zusammen mit allen Rechnungen zu, damit **wir** den

zu zahlenden Betrag ermitteln können, sobald **Ihnen** **erstattungsfähige Kosten** bis zur Höhe **Ihres** Selbstbehalts entstanden sind.

Für Mitglieder, die im Vereinigten Königreich eine Behandlung anstreben, stehen auf der Website des Private Healthcare Information Network www.phin.org.uk hilfreiche Informationen zu **Fachärzten** und privaten **Krankenhäusern** zur Verfügung.

e. Begleichung **Ihres Anspruchs**

Sobald **wir** die eingereichten Unterlagen geprüft und **Ihren Anspruch** bearbeitet haben, senden **wir** **Ihnen** eine **Erstattungsbescheinigung** und überweisen die gedeckten Kosten direkt auf das von **Ihnen** gewählte Bankkonto.

Wir werden anfallende Bankgebühren bezahlen, die sich durch die Überweisung des Geldes auf **Ihr** Konto ergeben.

Wir werden keine Gebühren bezahlen, die **Ihre** Bank für den Erhalt des Geldes erhebt..

Für **Ansprüche**, bei denen **Ihnen** Ausgaben in einer anderen Währung als der Währung **Ihrer Police** entstanden sind, wird die Abrechnung anhand des entsprechenden Wechselkurses berechnet, der am Tag der Behandlung gültig war.

7

In dieser **Police** verwendete Wörter und Ausdrücke

Einige in dieser **Police** und anderen dazugehörigen Dokumenten verwendeten Wörter und Ausdrücke haben bestimmte Bedeutungen, die **wir** untenstehend definieren. Wörter und Ausdrücke, die nicht aufgeführt sind, haben **ihre** übliche Bedeutung in der deutschen Sprache.

Unfall

Eine plötzliche, unerwartete, spezifische **körperliche Verletzung**, die durch gewaltsame oder äußere Einwirkung verursacht wurde.

Terrorakt

Eine Handlung, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Anwendung von Zwang oder Gewalt und/oder deren Androhung durch eine Person oder eine Gruppe von Personen, die allein oder im Namen oder in Verbindung mit einer oder mehreren Organisationen oder einer oder mehreren Regierungen handelt, die zu politischen, religiösen, ideologischen oder ähnlichen Zwecken oder Gründen begangen wird, einschließlich der Absicht, eine Regierung zu beeinflussen und/oder die Öffentlichkeit oder einen Teil der Öffentlichkeit in Angst zu versetzen.

Akute Erkrankung

Eine schnell auftretende **Erkrankung**, die zu starken Schmerzen oder Symptomen führt, von kurzer Dauer ist und wahrscheinlich schnell auf eine **medizinische Behandlung** anspricht.

Jährliches Verlängerungsdatum

Der Tag nach dem **Ablaufdatum**, das auf dem **Versicherungsschein** angegeben ist.

Leistungskatalog

Die detaillierte Leistungstabelle, die **Sie** zusammen mit **Ihrem Versicherungsschein** erhalten, enthält die Leistungen, die **Ihnen** und **Ihren** anspruchsberechtigten **Angehörigen** im Rahmen dieser **Police** zur Verfügung stehen, entsprechend dem von **Ihnen** gewählten **Versicherungstarif** und wird eine der folgenden sein:

- Standard
- Standard Plus
- Comprehensive
- Premium
- Elite,

und enthält außerdem die **allgemeine Höchstgrenze** und das Sublimit für jede Leistung, zu deren Zahlung sich der **Versicherer** an jede **versicherte Person** oder in deren Namen, in jeder **Versicherungsperiode** verpflichtet hat.

Geburtsfehler

Eine Missbildung oder eine **Erkrankung**, die sich während der Schwangerschaft und/oder der Geburt entwickelt hat.

Körperliche Verletzung

Eine identifizierbare **körperliche Verletzung**, die direkt auf einen **Unfall** zurückzuführen ist.

Krebs

Jeder bösartige Tumor, der mit histologischer Bestätigung positiv diagnostiziert wurde und durch unkontrolliertes Wachstum bösartiger Zellen und Gewebeanvasion gekennzeichnet ist.

Versicherungsschein

Das an **Sie** ausgestellte Dokument, das den Namen des **Versicherungsnehmers** sowie der **versicherten Personen**, die gewählte **Region** und Währung, den **Versicherungstarif**, die **Versicherungsperiode**, das Beginn- und **Ablaufdatum**, den Namen des **Versicherers**, etwaige Sonderbedingungen und Ausschlüsse, sowie den **Leistungskatalog**, welche für **Ihre Police** gelten, aufzeigt.

Chronische Erkrankung

Eine **Erkrankung**, die zwei oder mehr der folgenden Merkmale aufweist:

- Es ist kein anerkanntes Heilmittel bekannt;
- sie dauert auf unbestimmte Zeit an;
- sie ist wiederkehrend;
- sie ist permanent;

- sie erfordert eine **Palliativbehandlung**;
- sie erfordert langfristige Überwachung, Konsultationen, Checkups, Untersuchungen oder Tests;
- um mit ihr umgehen zu können, müssen **Sie** rehabilitiert werden oder benötigen spezielles Training;
- sie erfordert eine spezielle Diät oder Ergänzungsmittel

Anspruch/Ansprüche

Die Gesamtkosten für die Behandlung einer einzelnen Erkrankung oder **körperlichen Verletzung**.

Naher Verwandter

Ehepartner oder Partner (gleichen oder anderen Geschlechts), Mutter, Vater, Schwiegermutter, Schwiegervater, Stiefmutter, Stiefvater, gesetzlicher Vormund, Tochter, Sohn, Schwiegertochter, Schwiegersohn (einschließlich adoptierter Sohn oder Tochter), Stiefkind, Schwester, Bruder, Schwägerin, Schwager, Großeltern oder Enkelkinder einer **versicherten Person**.

Prozentualer Selbstbehalt

Der Prozentsatz der **erstattungsfähigen Kosten**, für dessen Zahlung **Sie** verantwortlich sind.

Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt

Für den Zweck dieser **Police** gilt lediglich Folgendes als **Komplikation bei Schwangerschaft und Geburt**: Toxämie, Schwangerschaftshypertonie, Präeklampsie, Eklampsie, extrauterine Schwangerschaft, Blasenmole, ante- und postpartale Hämorrhagie, retinierte Plazentamembrane, Totgeburten, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Kaiserschnitte und medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche.

Ans Haus gebunden

Wenn eine **Krankheit** oder Verletzung die Fähigkeit der **versicherten Person** einschränkt, ihre Wohnung zu verlassen, es sei denn, mit der Hilfe einer anderen Person und eines unterstützenden Hilfsmittels (z. B. Krücken, einen Stock, einen Rollstuhl oder einen Rollator). Eine medizinisch notwendige Abwesenheit von der Wohnung der **versicherten Person**, führt nicht dazu, dass die **versicherte Person** nicht weiterhin als „**ans Haus gebunden**“ gilt.

Angeborene Krankheit

Eine **Erkrankung** oder Anomalie, die bei der Geburt vorhanden ist.

Komplementäre Therapien

Chiropraktik, Homöopathie, Osteopathie, Akupunktur, ayurvedische, pflanzliche und chinesische Medizin.

Facharzt

Ein Chirurg, Anästhesist oder **Arzt**, der nach dem Besuch einer anerkannten medizinischen Fakultät die gesetzliche Qualifikation zum Praktizieren von Medizin oder Chirurgie besitzt, und nachweislich über eine Fachqualifikation auf diesem Gebiet oder über Fachkenntnisse in der Behandlung der behandelten **Erkrankung, Krankheit** oder Verletzung verfügt.

Wohnsitzland

Das Land, in dem die innerhalb dieser **Police** versicherte(n) Person(en) ihren Hauptwohnsitz haben und in dem sie normalerweise leben oder den größten Teil ihrer Zeit pro Versicherungsjahr verbringen.

Kritische Erkrankung

Eine Situation, in der eine **versicherte Person** an einer **Erkrankung** leidet, die nach Meinung der medizinischen Leitung (Chief Medical Officer - CMO) und in Absprache mit dem behandelnden Doktor vor Ort eine sofortige Evakuierung in eine geeignete medizinische Einrichtung erfordert.

Teilstationär

Medizinische Behandlung in einem **Krankenhaus**, bei der eine **versicherte Person** eine Erholungsphase in einem **Krankenhausbett** benötigt, aber nicht über Nacht bleiben muss.

Angehörige

Beziehung zum **Hauptversicherungsnehmer**:

- gesetzlicher Ehepartner oder Partner gleichen oder anderen Geschlechts;
- Kind, Stiefkind oder adoptiertes Kind, das zum Zeitpunkt der erstmaligen Aufnahme in diese **Police** oder zu jedem nachfolgenden **jährlichen Verlängerungsdatum** unter 19 Jahre alt und unverheiratet ist (oder unter 25 Jahre alt ist, unverheiratet und in Vollzeitausbildung).

Angehörige müssen auf dem **Versicherungsschein** als **versicherte Personen** aufgeführt sein, um Anspruch auf den Versicherungsschutz dieser **Police** zu haben.

Erstattungsfähige Kosten

Kosten, Gebühren und Auslagen für alle Leistungspositionen, die im **Leistungskatalog**, der **Ihrem Versicherungsschein** beigelegt ist, aufgeführt sind.

Notfallzahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung, die infolge eines durch eine Einwirkung von außerhalb des Mundes verursachten **Unfalls** erforderlich ist, und innerhalb von 48 Stunden nach dem Datum und der Uhrzeit des **Unfalls** durchgeführt wird, um unmittelbar Schmerzen zu

lindern, die durch den Verlust oder die Beschädigung natürlicher Zähne verursacht werden.

Notfallbehandlung

Medizinische Behandlung zur Beurteilung und Behandlung einer **akuten Erkrankung**, die auf einen **Unfall** oder eine plötzlich auftretende **Krankheit** zurückzuführen ist, bei der die **versicherte Person** begründeten Anlass zur Annahme hat, dass die Symptome ihrer **Erkrankung** so schwerwiegend sind, dass wenn sie sich nicht sofort einer **medizinischen Behandlung** unterzieht, es zu einer ernsthaften Gefährdung ihrer Gesundheit oder zu einer Beeinträchtigung der Körperfunktionen kommen kann.

Medizinischer Notfalltransport oder Evakuierung

Von **uns** genehmigter medizinisch notwendiger **Notfalltransport** und medizinische Versorgung, wenn die Einrichtungen am Ort des Ereignisses nicht in der Lage sind, die erforderliche Versorgung bereitzustellen. Dazu gehört die medizinische Versorgung während des Transports einer **versicherten Person**, die an einer **kritischen Erkrankung** leidet, zum nächstgelegenen geeigneten **Krankenhaus**, das die notwendige Behandlung durchführen kann.

Selbstbehalt

Der auf dem **Versicherungsschein** angegebene Geldbetrag, den die **versicherte Person** selber zahlen muss. Wenn Sie für **Ihre Police** einen **Selbstbehalt** gewählt haben, gilt dieser pro Person und Versicherungsjahr, das heißt, er wird einmal pro Jahr für jede **versicherte Person** erhoben. Zu Beginn jeder **Versicherungsperiode** tragen **Sie** die Kosten für alle **erstattungsfähigen Kosten** bis zur Höhe **Ihres** Selbstbezalts.

Ablaufdatum

Das Datum, an dem der gesamte Versicherungsschutz im Rahmen dieser **Police** endet.

Äußere Prothesen

Eine äußere Vorrichtung (z. B. künstliche Gliedmaßen), die einen fehlenden Körperteil ersetzt oder ergänzt.

Familienrabatt

Rabatte für **Policen** mit mehreren Versicherten aus einer Familie wie folgt:

Paar	5%
Familie mit 3 Pers.	10%
Familie mit 4 Pers.	15%

Anspruchsberechtigung – mindestens 2 Erwachsene pro **Police**

Eine Familie mit 5 Personen erhält noch 15 % Rabatt für 4 Mitglieder (2 Elternteile/2 Kinder), aber das 3. Kind bezahlt den normalen Beitrag.

Region

Eine der vier verschiedenen **Regionen**, die **Sie** auf **Ihrem Versicherungsschein** sehen. Die folgenden Länder gehören dazu:

Region 1: Albanien, Andorra, Österreich, Weißrussland, Belgien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Kanalinseln, Kroatien, Zypern, Tschechische Republik, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Gibraltar, Griechenland, Grönland, Ungarn, Island, Irland, alle Inseln im Mittelmeer, Insel Man, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Mazedonien, Madeira, Malta, Moldawien, Monaco, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Rumänien, Russland (westlich des Urals), Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Türkei, Ukraine, Vereinigtes Königreich und Vatikanstaat.

Region 2: Weltweit, ohne China, Hongkong, Singapur und die Vereinigten Staaten von Amerika.

Region 3: Weltweit, ohne die Vereinigten Staaten von Amerika.

Region 4: Weltweit.

Grobe Fahrlässigkeit/grob fahrlässig bedeutet:

Handlungen oder Unterlassungen, die über einfache Fahrlässigkeit oder Unachtsamkeit hinausgehen und deren negative Folgen einem normalen Menschen klar sein müssten und vom **Versicherungsnehmer** hätten vermieden werden können und sollen.

Heimatland

Das Land, für das die **versicherte Person** einen aktuellen Reisepass besitzt. Wenn eine **versicherte Person** eine doppelte Staatsangehörigkeit besitzt, ist ihr **Heimatland** dasjenige, das auf dem zum Zeitpunkt des **Versicherungsbeginns** ausgefüllten Antragsformulars angegeben wurde.

Häusliche Krankenpflege

Eine ausgebildete **Krankenpflegefachkraft**, die nach einem **stationären** Aufenthalt die Behandlung zu Hause übernimmt.

Hormonersatztherapie

Behandlung der Menopause.

Hospiz

Eine Einrichtung, die sich auf die Pflege von unheilbar kranken Menschen spezialisiert hat, mit besonderem Augenmerk auf einen würdevollen Tod.

Krankenhaus

Jede Einrichtung unter ständiger Aufsicht eines niedergelassenen **Arztes**, die in dem Land, in dem sie sich befindet, gesetzlich als medizinisches oder chirurgisches **Krankenhaus** zugelassen ist.

Krankheit

Jede Krankheit, Störung oder Veränderung des Gesundheitszustands einer **versicherten Person**, die von einem **Arzt** diagnostiziert wird.

Stationär

Medizinische Behandlung in einem Krankenhaus, in das eine **versicherte Person** eingewiesen wird, und in dem sie aus medizinischer Notwendigkeit ein Bett für eine oder mehrere Nächte belegt, jedoch insgesamt nicht länger als 12 Monate für ein und dieselbe **Erkrankung**.

Versicherte Person/Sie/Ihre/Sie selbst

Die auf dem **Versicherungsschein** eingetragene(n) Person(en).

Versicherer/wir/uns/unsere

SI Insurance (Europe), SA.

Der **Versicherer** ist ein Versicherungsunternehmen mit Sitz in Luxemburg mit der eingetragenen Adresse 40 avenue Monterey, L 2163, Luxembourg und der Firmenregistrierungsnr. B221096. Der **Versicherer** ist vom luxemburgischen Finanzministerium zugelassen und wird von der luxemburgischen Versicherungsaufsicht Commissariat aux Assurances beaufsichtigt. SI Insurance (Europe), SA ist Teil der weltweiten Versicherungsgruppe Sompco International.

Versicherungstarif

Eine der fünf (5) verschiedenen **Versicherungstarife**, die in **Ihrem** ausgewählten **Leistungskatalog** zur Verfügung stehen und auf **Ihrem Versicherungsschein** angegeben sind, d.h. eine der Folgenden:

- Standard
- Standard Plus
- Comprehensive
- Premium
- Elite

Lebensdauer-Begrenzung

Höchstbetrag, den **wir** während der Laufzeit **Ihrer Police** für Leistungen zahlen, die mit einer Lebensdauer-Begrenzung gekennzeichnet sind. **Sie** finden diese in **Ihrem Leistungskatalog**, welcher **Ihrem Versicherungsschein** beigefügt ist.

Örtliche Ambulanzdienste

Bereitstellung eines Krankenwagens, um eine **versicherte Person** bei einem **Notfall** in ein **Krankenhaus** zu transportieren.

Mutterschaftsleistungen

Bereitstellung einer Behandlung für die routinemäßige Entbindung eines Kindes.

Erkrankung

Jede **Erkrankung** oder **Krankheit** (einschließlich **psychiatrischer Erkrankungen**), die nicht anderweitig durch diese **Police** ausgeschlossen ist.

Medizinische Behandlung

Die Anwendung anerkannter medizinischer und chirurgischer Verfahren und Gesundheitsdienstleistungen, die auf Anordnung und unter der Leitung eines **Arztes** durchgeführt werden, um eine **Erkrankung**, eine **körperliche Verletzung** oder eine **Krankheit** zu heilen oder eine **chronische Erkrankung** zu lindern.

Medizinischer Praktiker

Eine Person, die nach dem Besuch einer anerkannten medizinischen Ausbildungseinrichtung rechtlich qualifiziert ist, **medizinische Behandlungen** durchzuführen und in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, zugelassen ist.

Neugeborenes

Ein Baby, das sich innerhalb der ersten 16 Wochen seines Lebens nach der Geburt befindet.

Krankenpflegefachkraft

Eine gelernte **Krankenpflegefachkraft**, die ein Krankenpflegeprogramm abgeschlossen hat und die von einem Land, einem Staat, einer Provinz oder einer ähnlichen Lizenzierungsbehörde festgelegten Anforderungen für den Erwerb einer Krankenpflegekonzession erfüllt hat und zusammen mit Doktoren und anderen medizinischen Fachkräften klinische Behandlungen durchführt.

Organtransplantation

Medizinische Behandlung zur Implantation folgender natürlicher menschlicher Organe: Niere, Leber, Herz, Lunge, Stammzellen, Knochenmark und Hauttransplantate (wenn medizinisch notwendig und nicht für kosmetische Zwecke).

Ambulant

Medizinische Behandlung der **versicherten Person** durch oder auf Empfehlung eines **Arztes**, die weder eine **stationäre** noch **teilstationäre** Einweisung in ein **Krankenhaus** beinhaltet.

Behandlung außerhalb der Region

Notfalldeckung außerhalb der **Region** der **Police**.

Allgemeine Höchstgrenze

Der Höchstbetrag an Kosten, Sublimits oder anderen Beträge, die von **uns** an jede **versicherte Person** im Rahmen dieser **Police** während jeder **Versicherungsperiode** zahlbar sind, unabhängig von der Anzahl der im Rahmen dieser **Police** geltend gemachten **Ansprüche**, der Höhe des geforderten Betrags oder dem Zeitpunkt der Geltendmachung dieser **Ansprüche**.

Freiverkäufliche Medikamente/Arzneimittel

Medikamente, die rezeptfrei in einer Apotheke/Drogerie erworben werden können.

Kinderärztliche Untersuchung

Erste Untersuchung eines **Neugeborenen**.

Palliativbehandlung

Behandlungen, deren Hauptziel nur die vorübergehende Linderung von Symptomen ist und nicht die Heilung der **Erkrankung**, die die Symptome verursacht.

Versicherungsperiode

Der auf **Ihrem Versicherungsschein** angegebene Zeitraum, in dem diese **Police** gültig ist, vorbehaltlich der Zahlung der erforderlichen Beiträge.

Arzt

Ein gesetzlich zugelassener **medizinischer/zahnärztlicher Praktiker**, der von den zuständigen Behörden dazu berechtigt ist, Medizin zu praktizieren, in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird.

Physiotherapie

Medizinische Behandlung durch einen zugelassenen und qualifizierten Physiotherapeuten. Die **Physiotherapie** umfasst keine Schwangerschafts- und Mutterschaftsgymnastik, manuelle Therapie, Sportmassagen oder Ergotherapie.

Plan-Typ

Der Umfang der Leistungen, der auf **Ihrem Versicherungsschein** aufgeführt ist.

Die verfügbaren **Plantyp**optionen sind in Abschnitt 4 aufgeführt.

Versicherungsnehmer

Die Person, die diese **Police** im Namen aller **versicherten Personen** abschließt und für die Zahlung des Beitrags und die Einhaltung der Versicherungsbedingungen verantwortlich ist.

Vorabgenehmigung

Der Vorgang, bei dem die **versicherte Person** vor der Behandlung oder bevor Kosten entstehen bei **uns** die Genehmigung einholt.

Vorerkrankung

Jede **Erkrankung**, psychische Erkrankung oder „damit in Zusammenhang stehende Erkrankung“, bei der **Sie** Symptome hatten (ob diese untersucht wurden oder nicht), einen **medizinischen Praktiker** zur Untersuchung/Überwachung dieser **Erkrankung** aufgesucht haben oder Nachuntersuchungen stattgefunden haben, **Sie medizinisch behandelt** oder beraten wurden, Medikamente verschrieben bekommen oder eingenommen haben, einschließlich **freiverkäufliche Medikamente**, besondere Ernährung, Injektionen oder **Physiotherapie**, sich entgegen ärztlichem Rat verhalten haben oder von der **Sie** realistisch annehmen konnten, dass sie in den letzten fünf (5) Jahren vor **Versicherungsbeginn** existierte. Als „damit in Zusammenhang stehende Erkrankung“ gelten jegliche **Erkrankungen**, die entweder eine zugrundeliegende Ursache für die **Erkrankung**, die Gegenstand eines **Anspruchs** ist, darstellen oder dieser direkt zuzuschreiben sind. Bitte beachten **Sie**, dass sich bei der vollständigen medizinischen Risikoprüfung eine **Vorerkrankung** auf **Ihr** gesamtes Leben bezieht, sofern auf dem Antragsformular nichts anderes angegeben ist.

Frühgeborenes

Ein Baby, das vor dem Beginn der 37. Schwangerschaftswoche geboren wird.

Verschreibungspflichtige Medikamente

Medikamente und Arzneimittel, deren Verkauf und Verwendung gesetzlich auf die Anordnung eines **Arztes** beschränkt ist. Medikamente und andere Arzneimittel, die ohne **ärztliche** Verschreibung 'frei verkäuflich' erworben wurden, werden von dieser **Police** nicht abgedeckt.

Hauptversicherungsnehmer

Der **Versicherungsnehmer**.

Psychiatrie

Die Psychiatrie ist die medizinische Fachrichtung, die sich mit der Diagnose, Vorbeugung und Behandlung von psychischen Erkrankungen befasst.

Erstattungsbescheinigung

Das **Ihnen** zugesandte Dokument, aus dem ein beurteilter Erstattungs**anspruch** und der an **Sie** zu zahlende Betrag hervorgehen.

Rückführung

Transport des Verstorbenen, wenn der Tod außerhalb des **Heimatlandes** eintritt.

Versicherungsbeginn

Das Datum, an dem der Versicherungsschutz einer **versicherten Person** im Rahmen dieser **Police** beginnt.

Forderungsabtretung

Unser Recht, als **Ihr** Vertreter **Ihre** Rechte gegenüber einem Dritten geltend zu machen, der für einen von **uns** im Rahmen dieser **Police** gezahlten **Anspruch** haftbar ist.

Üblich, gebräuchlich und angemessen

Die Kosten, die typischerweise für eine Behandlung an dem Ort berechnet werden, an dem **Sie** behandelt werden. Bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit **üblich, gebräuchlich und angemessen** ermitteln **wir** den typischerweise berechneten Betrag, indem **wir** drei Angebote für die umstrittene Behandlung einholen und begleichen die Kosten auf der Grundlage des Durchschnitts der drei Kostenvoranschläge.

Wartezeit

Der Zeitraum, in dem **wir** keine Leistung für Behandlungskosten bezahlen, wenn im **Leistungskatalog** eine Wartezeit angegeben ist. Nur Kosten, die nach Ablauf der Wartezeit anfallen, können in Betracht gezogen werden.

Gesundheitsförderung

Präventive Tests zur Früherkennung von **Erkrankungen**.

8

Allgemeine Ausschlüsse

Die folgenden Ausschlüsse gelten für alle Teile der **Police** und für alle Erweiterungen (sofern nicht anders angegeben).

Wir haften nicht für Verluste, **Ansprüche**, Behandlungen oder Zahlungen, die sich direkt oder indirekt aus Folgendem ergeben:

1. NICHT GENEHMIGTE STATIONÄRE KOSTEN

Die ersten 25 % der Kosten für alle **Ansprüche**, die nicht **vorab genehmigt** wurden, sofern erforderlich.

2. BEHANDLUNGSKOSTEN NACH ENDE DER LAUFZEIT

Alle Behandlungskosten, die nach dem **Ablaufdatum** der **Police** anfallen.

3. DEFINITION DER AUSGESCHLOSSENEN VORERKRANKUNGEN

Jede **Erkrankung**, psychische Erkrankung oder „damit in Zusammenhang stehende Erkrankung“, bei der **Sie** Symptome hatten (ob diese untersucht wurden oder nicht), einen **medizinischen Praktiker** zur Untersuchung/Überwachung dieser **Erkrankung** aufgesucht haben oder Nachuntersuchungen stattgefunden haben, **Sie medizinisch behandelt** oder beraten wurden, Medikamente verschrieben bekommen oder eingenommen haben, einschließlich **freiverkäufliche Medikamente**, besonderer Ernährung, Injektionen oder **Physiotherapie**, sich entgegen ärztlichem Rat verhalten haben oder von der **Sie** realistisch annehmen konnten, dass sie in den letzten fünf (5) Jahren vor **Versicherungsbeginn** existierte. Als „damit in Zusammenhang stehende Erkrankung“ gelten jegliche **Erkrankungen**, die entweder eine zugrundeliegende Ursache für die **Erkrankung**, die Gegenstand eines **Anspruchs** ist, darstellen oder dieser direkt zuzuschreiben sind. Bitte beachten **Sie**, dass sich bei der vollständigen medizinischen Risikoprüfung eine **Vorerkrankung** auf **Ihr** gesamtes Leben bezieht, sofern auf dem Antragsformular nichts anderes angegeben ist.

annehmen konnten, dass sie in den letzten fünf (5) Jahren vor **Versicherungsbeginn** existierte. Als „damit in Zusammenhang stehende Erkrankung“ gelten jegliche **Erkrankungen**, die entweder eine zugrundeliegende Ursache für die **Erkrankung**, die Gegenstand eines **Anspruchs** ist, darstellen oder dieser direkt zuzuschreiben sind. Bitte beachten **Sie**, dass sich eine **Vorerkrankung** bei der vollständigen medizinischen Risikoprüfung auf **Ihr** gesamtes Leben bezieht, sofern auf dem Antragsformular nichts anderes angegeben ist.

4. AUSSCHLUSS FÜR ALKOHOL-, MEDIKAMENTEN- UND DROGENMISSBRAUCH

Jegliche **medizinische Behandlung** von Alkoholismus, Medikamenten- und Drogenmissbrauch/-abhängigkeit. Dazu gehört auch die Behandlung, wenn **Sie** unter dem Einfluss von Alkohol, Rauschmitteln, Drogen oder Betäubungsmitteln stehen und/oder unter deren Wirkung leiden.

5. SUCHT UND ZWANG

Jegliche **medizinische Behandlung** von Sucht- und/oder Zwangsstörungen.

6. SELBSTVERLETZUNG UND SELBSTMORD

Jegliche vorsätzliche Selbstverletzung, unnötige Selbstgefährdung (außer bei dem Versuch, ein Menschenleben zu retten), Selbstmord, versuchter Selbstmord oder Selbstschädigung.

7. ERNÄHRUNG UND VITAMINE

Jegliche Nahrungsergänzungsmittel, Nährstoffergänzungsmittel, Bodybuilding-Ergänzungsmittel und -Substanzen, Ballaststoffe, Fettsäuren, Aminosäuren, Vitamine, Mineralien und organische Substanzen, unabhängig davon, ob sie von einem **Arzt** verschrieben wurden oder nicht, mit Ausnahme der Leistungen unter Punkt 3H - **Komplementäre Therapien** und 2 - Leistung bei **Krebs**behandlung.

8. VERHÜTUNG UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Jegliche Empfängnisverhütung, Sterilisationen oder deren Rückgängigmachung (einschließlich Vasektomie), Befruchtung, Impotenz, Geschlechtskrankheiten (einschließlich der Tests), sexuell übertragbare Krankheiten, Geschlechtsumwandlung oder jede andere Form von sexuell bedingten Erkrankungen.

9. IVF-BEHANDLUNG

Jegliche **medizinische Behandlung** für jedwede Form der künstlichen Befruchtung (einschließlich In-vitro-Fertilisation) und deren Folgen. Dazu gehören die daraus resultierende Schwangerschaft und Geburt oder Komplikationen während der künstlichen Befruchtung oder Komplikationen für eine daraus resultierende Schwangerschaft und Geburt.

10. BETRUG

Jede betrügerische, illegale, kriminelle, vorsätzlich nachlässige oder rücksichtslose Handlung der **versicherten Person**.

11. REISEN ENTGEGEN DES ÄRZTLICHEN RAT

Jede Reise, die entgegen ärztlichem Rat durchgeführt wird oder bei der **Sie** vernünftigerweise hätten vorhersehen können, dass eine **Erkrankung** auftreten wird.

12. FLUGREISEN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

Jede Flugreise, wenn die **versicherte Person** mehr als 28 Wochen schwanger ist.

13. FRÜHGEBURT

Alle Kosten im Zusammenhang mit der **medizinischen Behandlung** eines **Frühgeborenen** nach den ersten zwei Monaten ab dem Tag der Geburt.

14. GEBURTSVERLETZUNGEN/-FEHLER UND ANGEBORENE KRANKHEITEN

Geburtsverletzungen oder Geburtsfehler, **angeborene Krankheit**/Anomalie, mit Ausnahme der Fälle, die im Rahmen des **Leistungskatalogs** im Abschnitt 8, Punkt A und B gedeckt sind.

15. HIV

Jegliche **medizinische Behandlung** des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) oder einer mit HIV in Zusammenhang stehenden **Krankheit**, einschließlich des Akquirierten Immundefizienz-Syndroms (AIDS) oder des AIDS Related Complex (ARC) und ähnliche Infektionen, **Krankheiten**, Verletzungen oder **Erkrankungen**, die sich aus diesen Erkrankungen ergeben, mit Ausnahme der Fälle, die im Rahmen des **Leistungskatalogs** unter Abschnitt 4, Punkt B gedeckt sind.

16. EXPERIMENTELLE BEHANDLUNG

Jede Behandlung, die experimentell und/oder unbewiesen ist. Darunter verstehen **wir** jede Behandlung, die von der offiziellen staatlichen Kontrollbehörde des Landes, in dem die Behandlung erfolgt, nicht wissenschaftlich anerkannt ist.

17. UNLIZENZIERTER GEBRAUCH VON ARZNEIMITTELN UND MEDIKAMENTEN

Jegliche Behandlung mit und/oder Verwendung von Arzneimitteln/Medikamenten, die nicht von der offiziellen staatlichen Kontrollbehörde des Landes, in dem die Behandlung erfolgt, zugelassen sind oder nicht gemäß ihrer zugelassenen Indikationen verwendet werden.

18. BEHANDLUNG OHNE LIZENZ

Jede Arzneimitteltherapie und/oder Behandlung durch einen **Arzt** ohne gültige Lizenz für das Land, in dem sie erfolgt..

19. VORBEUGENDE BEHANDLUNG

Alle routinemäßigen oder vorbeugenden Medikamente, Impfungen jeglicher Art und allgemeine Gesundheits-Checks, es sei denn, sie sind durch den von **Ihnen** gewählten **Plan-Typ** ausdrücklich abgedeckt.

20. KOSMETISCHE BEHANDLUNG

Jegliche Schönheitsoperationen, kosmetischen Behandlungen oder abhelfende Operationen, unabhängig davon, ob sie psychologischen Zwecken dienen oder nicht, es sei denn, sie sind als direkte Folge einer **Krankheit**, Verletzung oder eines **Unfalls** erforderlich, die/der bereits durch die **Police** abgedeckt ist.

21. BEHANDLUNG ZUR GEWICHTSABNAHME

Jegliche Behandlung zur Gewichtsabnahme, bei Gewichtsproblemen oder Essstörungen, einschließlich Fettsaugen oder Entfernen von anderem überschüssigen Körpergewebe.

22. SCHLAFPROBLEME

Schnarchen, Schlaflosigkeit, Schlafapnoe oder Schlafstörungen, einschließlich Schlafstudien oder Korrekturoperationen.

23. AUGENOPERATIONEN

Jede Operation (außer Laserbehandlungen durch einen Augenchirurgen) zur Korrektur von Kurz- oder Weitsichtigkeit oder eines anderen Augenfehlers, es sei denn, er wurde durch einen **Unfall** oder eine **Erkrankung** verursacht.

24. STAMMZELLTRANSPLANTATION

Jedwede Stammzelltransplantationen für jedwede **Erkrankung**, außer für **vorab genehmigte Krebsbehandlungen**.

25. BEHANDLUNG DURCH EINEN VERWANDTEN

Jegliche **medizinische Behandlung** durch einen **Arzt** aus der Verwandtschaft der **versicherten Person**, es sei denn, **wir** haben dies vorher genehmigt.

26. PROFISPORT

Jegliche Verletzung oder **Krankheit**, die durch **Ihre** Teilnahme an irgendeinem Profisport entsteht. Unter Profisport verstehen **wir** die Ausübung eines Sports, für die **Sie** bezahlt werden. Dazu gehören Zuschüsse oder Sponsoring (außer es handelt sich lediglich um Reisekosten).

27. MILITÄRANGEHÖRIGE

Jede **versicherte Person**, die unter militärischer Autorität handelt oder an Aktivitäten beteiligt ist, die den Einsatz von Schusswaffen oder physischen Kämpfen beinhalten, oder sich in einem Gebiet mit militärischen Konflikten aufhält, ausgenommen im Zusammenhang mit touristischen Reisen, die während des Urlaubs privat durchgeführt werden.

28. SUCH- UND RETTUNGSEINSATZ

Jegliche „Such- und/oder Rettungseinsätze“, um eine **versicherte Person** in den Bergen, auf See, in der Wüste, im Dschungel und an ähnlichen abgelegenen Orten zu finden.

29. LUFT/SEE-RETTUNG

Jede Luft-/Seerettungsaktion oder eine Evakuierung/ Verlegung von Offshorebauwerken oder Schiffen.

30. NICHT AUFGEFÜHRTE LEISTUNGEN

Alle Ausgaben, die in dieser **Police** nicht ausdrücklich als versicherte Leistung aufgeführt sind, sowie alle Ausgaben, die die individuellen Leistungsgrenzen oder den die **allgemeine Höchstgrenze Ihres Plan-Typs** überschreiten.

31. FEHLENDE DOKUMENTATION

Jedwede Ausgaben, zu denen keine unterstützenden Dokumente vorliegen.

32. RECHNUNGEN, DIE NACH MEHR ALS DREI MONATEN EINGEREICHT WERDEN

Alle Abrechnungen, Rechnungen oder Quittungen, die von **uns** nach mehr als drei (3) Monaten, nach dem Behandlungsdatum oder dem Datum, an dem die Leistung erbracht wurde, erhalten wurden.

33. WOHNLICHE VERSORGUNG

Jedwede Unterbringungs- und **medizinische Behandlungskosten** in einem **Krankenhaus**, das effektiv zum ständigen Wohnsitz der **versicherten Person** geworden ist, wobei die Aufnahme ganz oder teilweise aus häuslichen Gründen erfolgt.

34. PFLEGEHEIM

Jedwede Unterbringungs- und **medizinische Behandlungskosten** in einem Pflegeheim, Hydro-Spa, einer Naturklinik, einem Gesundheitshof, Gesundheits-Spa, Erholungs-/Senioren-/Genesungsheim oder ähnlichem.

35. VERHALTENS-/ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Jegliche **medizinische Behandlung** für Lernschwächen, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizitstörung, Sprachtherapie, Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen.

36. ÜBLICH, GEBRÄUHLICH UND ANGEMESSEN

Jegliche Kosten, welche unnötig oder medizinisch unangemessen sind, oder welche für die erbrachten Leistungen höher als **üblich, gebräuchlich und angemessen** sind. **Üblich, gebräuchlich und angemessen** bezieht sich auf das Gebiet oder das Land, in dem die Behandlung erfolgt, nicht auf das **Krankenhaus** selber.

37. NUKLEAR, CHEMISCH ODER BIOLOGISCH

Der Einsatz oder die Freisetzung oder deren Androhung einer nuklearen Waffe oder Vorrichtung, eines chemischen oder biologischen Wirkstoffs.

38. KRIEG

Krieg, Invasion, feindliche Handlungen ausländischer Feinde (mit oder ohne Kriegserklärung), Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand, militärische oder usurpierte Macht oder die Teilnahme an zivilen Unruhen oder Aufständen jeglicher Art, es sei denn, **Sie** wurden als unbeteiligter Passant verletzt.

39. TERRORISMUS

Jegliche **körperliche Verletzung** oder **Krankheit**, die durch einen Terrorakt verursacht wurde, es sei denn, die Verletzung/**Krankheit** erfolgte als unbeteiligter Passant. Davon ausgenommen sind Terrorakte unter Einsatz von nuklearen Waffen oder Vorrichtungen, chemischen oder biologischen Wirkstoffen.

40. ANDERE VERSICHERUNG

Jede Ausgabe, die zum Zeitpunkt ihres Auftretens durch eine andere bestehende Versicherung oder staatliche Deckung abgedeckt ist. Wenn ein anderer Versicherungsschutz besteht, muss **uns** die **versicherte Person** bei der ersten Kontaktaufnahme darüber informieren.

41. NORMALE TÄGLICHE KOSTEN

Kosten, die **Sie** sonst in jedem Fall hätten zahlen müssen.

42. FAHRLÄSSIGKEIT

Jegliche Verluste, die sich aus den medizinischen Leistungen in dieser **Police** ergeben, es sei denn, man kann **uns** Fahrlässigkeit nachweisen.

43. REISEN, VON DENEN ABGERATEN WIRD

Alle Kosten, die entstehen, wenn die **versicherte Person** in ein Land/Gebiet gereist ist, von dem die Regierung oder die Botschaft ihres **Heimatlandes** von der Reise abgeraten hat.

44. PODOLOGIE UND FUSSPFLEGE

Jegliche **medizinische Behandlung** im Zusammenhang mit Podologie und/oder Fußpflege, einschließlich, aber nicht beschränkt Hallux Valgus und eingewachsene Zehennägel.

45. BRILLEN/KONTAKTLINSEN

Jegliche Ersatzbrillen, Kontaktlinsen oder Augenlaseroperationen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, jedoch nur, wenn **Sie** vor **Versicherungsbeginn Ihrer Police** eine Brille oder Kontaktlinsen tragen.

46. ZAHNMEDIZINISCHE VORERKRANKUNG

Die Deckung für den Ersatz von bestehenden Kronen, Inlays, Füllungen, Brücken oder fehlenden Zähnen, die vor **Versicherungsbeginn** bestanden haben, ist ausgeschlossen. Diese gelten als **Vorerkrankungen**.

47. VAPES/E-ZIGARETTEN

Jegliche Verwendung von E-Zigaretten

48. NICHTBEFOLGUNG ÄRZTLICHEN RATS

Wenn die **versicherte Person** einen allgemeinen medizinischen Rat nicht befolgt hat.

49. GEBÜHREN FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION

Kosten für die Bereitstellung ärztlicher Berichte, das Ausfüllen von **Anspruchsformularen** oder Übersetzungen.

50. MOTORRAD OHNE STURZHHELM

Jeder Motorrad**unfall**, bei dem kein Sturzhelm getragen wurde, unabhängig davon, ob dies im Land des **Anspruchs** gesetzlich vorgeschrieben ist oder nicht.

51. FREIVERKÄUFLICHE ARZNEIMITTEL UND MEDIKAMENTE

Alle **freiverkäuflichen** Arzneimittel oder **Medikamente**, auch wenn sie vom **Arzt** verschrieben wurden.

52. ORGANTRANSPLANTATION

Jedwede Implantation jedes anderen Organs, sei es natürlicher oder künstlicher Natur.

53. E-SCOOTERS

Alle **Unfälle** oder **medizinischen Behandlungen**, die durch die Nutzung von elektrischen oder motorisierten Scootern (die zwei-/dreirädrige Variante, auf der man steht) entstehen, unabhängig davon, ob diese auf der Straße oder im Gelände, legal oder illegal gefahren werden.

54. GEFÄHRLICHE SPORTARTEN UND AKTIVITÄTEN

Alle Verletzungen, die durch Basejumping, Klippenspringen, Motorsport, Fliegen in einem nicht lizenzierten Flugzeug oder als Flugschüler, Kampfsportarten, Freeclimbing, Bergsteigen mit oder ohne Seil, Tauchen in einer Tiefe von mehr als zwanzig (20) Metern, Trekking auf eine Höhe von mehr als 2.500 Metern, Bungee-Jumping, Canyoning, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen oder Ultraleichtfliegen, Fallschirmspringen, Höhlentouren, Skifahren abseits der Piste oder jede andere Wintersportaktivität abseits der Piste entstehen.

B. Ausschlüsse bei bestimmten Leistungen

Wir haften nicht für Verluste, **Ansprüche**, Behandlungen oder Zahlungen, die sich direkt oder indirekt aus Folgendem ergeben:

55. LEISTUNG BEI ORGANTRANSPLANTATIONEN:

Jedwede:

- Kosten für die Suche nach einem Ersatzorgan oder die Entnahme des Organs aus dem Spender, für Transport oder Verwaltung;
- Kosten im Zusammenhang mit Beschaffung und/oder Implantation eines künstlichen/nicht menschlichen Organs;
- Kosten für die **medizinische Behandlung** im Zusammenhang mit Kryokonservierung, Implantation oder Reimplantation von lebenden Zellen oder lebendem Gewebe, ob autolog oder von einem Spender.

56. NOTFALLZAHNBEHANDLUNG:

Jedwede/r:

- Verletzung, die **Sie** sich beim Essen oder Trinken zugezogen haben, auch wenn ein Fremdkörper enthalten war;
- Schaden, der durch normalen Verschleiß entstanden ist;
- Schaden, der durch Zähneputzen oder irgendeine andere Mundhygiene-Maßnahme entstanden ist;
- Verletzung, die auf irgendetwas anderes als eine Einwirkung von außerhalb des Mundes zurückgeht;
- Restauration oder Abhilfeverfahren, Benutzung von Edelmetallen, kieferorthopädische Behandlung jeder Art, zahnchirurgische Behandlung im **Krankenhaus**, es sei denn, Zahnchirurgie ist das einzige Mittel, um den Schmerz zu lindern.

57. ZAHNÄRZTLICHE ROUTINEBEHANDLUNG OHNE NOTFALL

Jedwede:

- Edelmetalle bei jeglicher Zahnbehandlung;
- Gingivitis, Parodontose oder Zahnfleischerkrankung jeder Art;

- Zahnbehandlung, die nicht im **Leistungskatalog** aufgeführt ist;
- Ersatz vorhandener Kronen, Inlays, Füllungen, Brücken oder fehlender Zähne, die bei **Versicherungsbeginn** der **Police** erkennbar waren.

58. GRÖßERE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN OHNE NOTFALL

Jedwede:

- Edelmetalle bei jeglicher Zahnbehandlung;
- Gingivitis, Parodontose oder Zahnfleischerkrankung jeder Art;
- Zahnbehandlung, die nicht im **Leistungskatalog** aufgeführt ist;
- Ersatz vorhandener Kronen, Inlays, Füllungen, Brücken oder fehlender Zähne, die bei **Versicherungsbeginn** der **Police** erkennbar waren.

59. KOMPLIKATIONEN BEI SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Jedwede:

- Schwangerschaftsabbrüche aus nichtmedizinischen Gründen;
- Kosten für Geburtsvorbereitungskurse und Hebamme, wenn nicht in direktem Zusammenhang mit der Entbindung;
- Behandlung des **Neugeborenen** nach dem ersten Check-up durch den Kinderarzt, es sei denn, das Kind wird binnen 14 Tagen nach der Geburt in die Versicherung der **versicherten Person** aufgenommen;
- Schwangerschaft, Entbindung oder **Neugeborene**, wenn irgendeine Form künstlicher Befruchtung erfolgt ist (einschließlich In-vitro-Fertilisation), im Rahmen dieser Leistung.

60. NORMALE SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Jedwede:

- Schwangerschaftsabbrüche aus nichtmedizinischen Gründen;
- Kosten für Geburtsvorbereitungskurse und Hebamme, wenn nicht in direktem Zusammenhang mit der Entbindung;
- Behandlung des **Neugeborenen** nach der Erstuntersuchung durch den Kinderarzt, es sei denn, das **Neugeborene** wird binnen 14 Tagen nach der Geburt in die Versicherung der **versicherten Person** aufgenommen;
- Schwangerschaft, Entbindung oder **Neugeborene**, wenn irgendeine Form künstlicher Befruchtung erfolgt ist (einschließlich In-vitro-Fertilisation), im Rahmen der Leistung für normale Schwangerschaft und Geburt.

61. BEHANDLUNG EINES FRÜHGEBORENEN

Jedwede:

- a. Kosten, wenn das Baby nicht binnen 14 Tagen nach der Geburt in die **Police** der **versicherten Person** aufgenommen wurde;
- b. Kosten für die Fortsetzung der Behandlung nach Ablauf der anfänglichen Periode von zwei Monaten, es sei denn, es handelt sich um neue, davon unabhängige **Erkrankungen**;
- c. Behandlung des **Neugeborenen** nach der Erstuntersuchung durch den Kinderarzt, es sei denn, das **Neugeborene** wird binnen 14 Tagen nach der Geburt in die Versicherung der **versicherten Person** aufgenommen;
- d. Schwangerschaft, Entbindung oder **Neugeborene**, wenn irgendeine Form künstlicher Befruchtung erfolgt ist (einschließlich In-vitro-Fertilisation), im Rahmen dieser Leistung.

62. LEISTUNG BEI UNFRUCHTBARKEIT

Jedwede:

- a. Kosten für **medizinische Behandlung** der Unfruchtbarkeit oder einer damit zusammenhängenden Erkrankung, sobald die medizinische Ursache bestimmt wurde.

63. LEISTUNG FÜR DEN TRANSPORT BEI MEDIZINISCHEM NOTFALL

Jedwede/r:

- a. Anschließende Transferkosten, die aufgrund derselben **Erkrankung** entstehen, nachdem **wir** die **versicherte Person** in ihr **Wohnsitzland** zurückgebracht haben;
- b. Kosten für den Transport bei einem medizinischen Notfall, wenn die **versicherte Person** nicht zur **medizinischen Behandlung** in ein **Krankenhaus** eingeliefert wird oder wenn **wir** die Kosten nicht vor Reisebeginn genehmigt haben;
- c. Transfer einer schwangeren Frau ins **Krankenhaus** zur routinemäßigen Entbindung, es sei denn, dies ist aufgrund medizinischer Komplikationen erforderlich;
- d. Transport, Einäscherung oder Beerdigung der sterblichen Überreste vor Ort, wenn der Tod direkt oder indirekt aufgrund einer **Krankheit**, Behandlung oder eines **Unfalls** eingetreten ist, der/die nicht im Rahmen dieser **Police** gedeckt ist.

64. REISEKOSTEN FÜR EINE BEGLEITPERSON

Jedwede:

- a. Reise- und Unterbringungskosten, sofern nicht ausdrücklich mit **uns** vereinbart und vor Reiseantritt schriftlich bestätigt;
- b. Zusätzliche Reisekosten des genannten **nahen Verwandten** oder Freundes, wenn **wir** den Transfer

der **versicherten Person** in ein zweites **Krankenhaus** innerhalb desselben Landes veranlassen müssen.

65. UNTERBRINGUNGSKOSTEN FÜR EINE BEGLEITPERSON

Jedwede:

- a. Reise- und Unterbringungskosten, sofern nicht ausdrücklich mit **uns** vereinbart und vor Reiseantritt schriftlich bestätigt;
- b. Zusätzliche Reisekosten des genannten **nahen Verwandten** oder Freundes, wenn **wir** den Transfer der **versicherten Person** in ein zweites **Krankenhaus** innerhalb desselben Landes veranlassen müssen.

66. BEERDIGUNG ODER EINÄSCHERUNG VOR ORT:

Jedwede:

- a. Kosten für einen religiösen Praktiker, Blumenschmuck, die Bereitstellung von Musik, Miete von Bestattungsfahrzeugen oder Speisen und Getränke;
- b. Kosten, wenn die **versicherte Person** in ihrem **Heimatland** verstorben ist;
- c. Kosten für Transport, Einäscherung oder Beerdigung der sterblichen Überreste vor Ort, wenn der Tod direkt oder indirekt aufgrund einer **Krankheit**, Behandlung oder eines **Unfalls** eingetreten ist, der/die nicht im Rahmen dieser **Police** gedeckt ist.

67. LEISTUNG FÜR NOTFALLBEHANDLUNG AUSSERHALB DER REGION

Jedwede:

- a. **medizinische Behandlung** außerhalb **Ihrer Region**, wenn kein Notfall vorliegt;
- b. **medizinische Notfallbehandlung**, wenn die Gesamtzahl an Reisetagen in jeder **Versicherungsperiode** 30 Tage übersteigt;
- c. Behandlung, wenn **Sie** speziell in der Absicht verreist sind, sich medizinisch behandeln zu lassen.

68. EVAKUIERUNG IN DAS HEIMATLAND – OPTIONALE LEISTUNG:

Jedwede:

- a. Kosten, wenn **Ihr Heimatland** nicht zu der auf **Ihrem Versicherungsschein** angegebenen **Region** gehört;
- b. anschließenden Transferkosten, die aufgrund derselben **Erkrankung** entstehen, nachdem **wir** die **versicherte Person** in ihr **Heimatland** zurückgebracht haben;
- c. Reisekosten, wenn diese nicht speziell von **uns** genehmigt und vor dem Reisedatum schriftlich bestätigt wurden;
- d. Evakuierungskosten, wenn die **versicherte Person** nicht zur **medizinischen Behandlung** in ein **Krankenhaus**

eingeliefert wird oder wenn **wir** die Kosten nicht vor Reisebeginn genehmigt haben;

- e. Die Kosten für den Transfer einer schwangeren Frau ins **Krankenhaus** zur routinemäßigen Entbindung, es sei denn, dies ist aufgrund medizinischer Komplikationen erforderlich.

9

Beschwerdemitteilung und Berufliche Geheimhaltung

A. Beschwerden bezüglich SI Insurance (Europe), SA Aktivitäten

Wenn **Sie** der Meinung sind, dass **wir** das von **Ihnen** erwartete Serviceniveau nicht erfüllt haben, befolgen **Sie** bitte die unten beschriebenen Verfahren:

- Unter Beschwerde verstehen **wir** jeder mündlich oder schriftlich mitgeteilte Ausdruck von Unzufriedenheit von einem Kunden an einen Mitarbeiter der **Morgan Price (Europe) ApS**, in Zusammenhang mit der Erbringung bzw. Nichterbringung einer Leistung für den Kunden.
- **Sie** können **uns** telefonisch, persönlich oder schriftlich benachrichtigen.

Beschwerdeabteilung

Morgan Price (Europe) ApS

C/O ØENS Virksomhedsadministration ApS,

Lergravvej 59, 1,

2300 København,

Denmark.

E-Mail: info@morgan-price.eu

Tel: +44 (0) 1379 646730

Wie wir Ihre Beschwerde bearbeiten:

- **Wir** antworten stets höflich und bemühen **uns**, Beschwerden innerhalb von 3 Werktagen nach Erhalt zu klären (z. B. Eingang Montag 10:00 Uhr, Ziel ist die Klärung bis Donnerstag 17:00 Uhr).
- Gelegentlich benötigen **wir** bei komplexeren Fällen zusätzliche Zeit, um die geäußerten Bedenken zu untersuchen. In solchen Fällen sind **wir** bestrebt, den Erhalt der Beschwerde innerhalb von 5 Werktagen zu bestätigen und dabei den Namen der Person anzugeben, die sich mit der Beschwerde befasst, sowie einen Hinweis darauf, wann mit dem Abschluss der Angelegenheit zu rechnen ist.
- Wenn **wir** die Angelegenheit nicht innerhalb von 8 Wochen klären können, werden **wir Ihnen** schriftlich den Grund dafür erläutern und die nächsten Schritte aufzeigen, die **Ihnen** zur Verfügung stehen.

Wie wir auf Ihre Beschwerde antworten werden:

- Wenn **wir Ihre** Beschwerde innerhalb von 3 Werktagen nach Erhalt klären können, erhalten **Sie** eine zusammenfassende

Lösungskommunikation, in der bestätigt wird, dass die Angelegenheit geklärt wurde.

- Wenn **wir** die Beschwerde nicht innerhalb von 8 Wochen klären können, werden **wir Ihnen** formell schreiben und **Ihnen** Einzelheiten zu **unserer** Untersuchung und dem Ergebnis mitteilen. Diese Antwort wird **unsere** Position klar und in einfacher Sprache erläutern.
- Wenn **wir** der Zahlung einer Entschädigung oder Kompensation zustimmen, werden **wir** dies umgehend tun.

Wenn **wir** berechtigten Grund zu der Annahme haben, dass ein anderes Unternehmen verantwortlich oder mitverantwortlich für die angesprochenen Probleme ist, wird die Beschwerde in **Ihrem** Namen umgehend an dieses Unternehmen weitergeleitet. **Wir** werden **Sie** über die Weiterleitung in Kenntnis setzen, **Ihnen** die entsprechenden Kontaktdaten mitteilen und die Angelegenheit weiter verfolgen, um sicherzustellen, dass **Ihr** Anliegen auch korrekt bearbeitet wird.

Wir gehen davon aus, dass die meisten Beschwerden an dieser Stelle schnell und zufriedenstellend geklärt werden. Wenn **Sie** jedoch nicht zufrieden sind, können **Sie Ihr** Anliegen weiterziehen.

Wenn Sie mit unserer Antwort unzufrieden sind:

Wenn **Sie** nach Erhalt **unserer** endgültigen Antwort weiterhin unzufrieden sind, haben **Sie** möglicherweise das Recht, **Ihre** Beschwerde an das Insurance Complaints Board weiterzuleiten. Es fällt eine Beschwerdegebühr von 200 DKK an.

Besuchen **Sie** deren Website unter www.ankerforsikring.dk

Tel: 33 15 89 00 (von 10 bis 13 Uhr)

Ihre Beschwerde muss schriftlich mit dem Formular eingereicht werden, das auf der Website heruntergeladen werden kann: <https://ankeforsikring.dk/Sider/english.aspx>

Sofern der Versicherungsvertrag online abgeschlossen wurde, kann der Beschwerdeführer auch die European Commission's platform for Online Dispute Resolution (ODR) unter folgendem Link nutzen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

B. Berufliche Geheimhaltung

SI Insurance (Europe), SA („SIIE“) unterliegt als **Versicherer** mit Sitz in Grand-Duchy, Luxemburg einer Verpflichtung zur beruflichen Geheimhaltung gemäß dem Luxemburger Gesetz vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor in der jeweils gültigen Fassung (das „Gesetz“).

Gemäß diesem Gesetz wird der **Versicherungsnehmer** darüber informiert, dass SIIE Dienstleistungen, Tätigkeiten, Aufgaben oder Funktionen („ausgelagerte Leistungen“) an externe Dienstleister auslagert und in diesem Zusammenhang verpflichtet ist, Daten oder Informationen an diese zu übermitteln, die unter die berufliche Geheimhaltung fallen.

SIIE kommuniziert auf der Website www.sompo-intl.com/locations/luxembourg/ vollständige Informationen über die Art der ausgelagerten Dienstleistungen, die Art der im Rahmen des Outsourcings übermittelten Informationen und das Niederlassungsland der Unternehmen, die die ausgelagerten Dienstleistungen erbringen. Der **Versicherungsnehmer** kann diese Informationen auf der Website einsehen oder eine Kopie davon erhalten, indem er eine Anfrage per Post, Telefon oder E-Mail an

SIE sendet, wie in der Versicherungs**police** angegeben.

Mit der Unterzeichnung des Versicherungsantrags und/oder der Zahlung des Beitrags erklärt der **Versicherungsnehmer**, diese Informationen gelesen zu haben und mit der Auslagerung, der Art der im Rahmen der Auslagerung übermittelten Informationen und dem Niederlassungsland der ausgelagerten Dienstleister einverstanden zu sein.

Tel: +44 (0) 1379 646730

Fax: +44 (0) 1379 652794

E-mail: info@morgan-price.eu

Morgan Price (Europe) ApS

ØENS Virksomhedsadministration ApS.

Lergravsvej 59, 1

2300 København s,

Denmark