

Xtend **Internationale betriebliche Krankenversicherung**

Allgemeine Versicherungsbedingungen



Krankenzusatzversicherung für Angestellte

Ausführlich. Übersichtlich. Verständlich. Umfassend.

Ein Partner, viele Möglichkeiten. Wohin Sie auch gehen, wir sind an Ihrer Seite, unterstützen Sie und decken die grundlegenden Gesundheitsleistungen, die Sie benötigen. Einfacher, unkomplizierter Versicherungsschutz, der für das Wesentliche leistet.

Die *Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)* informieren Sie über alle Rechte und Pflichten aus dem *Versicherungsvertrag* und darüber hinaus erhalten Sie wichtige Informationen zum Versicherungsschutz. Wir freuen uns auf eine harmonische und partnerschaftliche Vertragszeit mit Ihnen.

Haben Sie Fragen zum Versicherungsschutz?

Sollte beim Lesen der Lektüre dennoch die eine oder andere Frage offen bleiben, beantworten wir sie Ihnen gerne persönlich.

Soweit Sie in den AVB Passagen finden, die *kursiv* gedruckt sind, finden Sie diese im *Glossar* erläutert.

Wir sind weltweit für Sie da:

Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg

Telefon: +352 270 444 1016

Fax: +352 270 444 3599

E-Mail: central@globalites.com

Internet: www.globality-health.com

Die Foyer Global Health S.A. wird vom Commissariat aux Assurances, 11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg, aufsichtsrechtlich überwacht.

Handelsregister (R.C.S. Luxembourg): B 134.471

Inhalt

A.	Vertragliche Grundlage	4
B.	Besondere Bedingungen	5
	1. Umfang des Versicherungsschutzes	5
	2. Leistungen	5
	3. Ausschlüsse und Beschränkungen	8
C.	Allgemeine Bedingungen	11
	4. Versicherte Personen	11
	5. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?	11
	6. Erklärungen	11
	7. Tarif	13
	8. Kumulierte Versicherung	13
	9. Widerrufsrecht	13
	10. Prämien	14
	11. Servicequalität	13
	12. Frist zur Anmeldung von Leistungsansprüchen	15
	13. Obliegenheiten und Formalitäten	15
	14. Zahlung von Versicherungsleistungen	15
	15. Forderungsübergang	16
	16. Verjährungsfrist	16
	17. Beendigung des Versicherungsschutzes	17
	18. Nichtigkeit des <i>Versicherungsvertrages</i>	18
	19. Gilt der Versicherungsschutz auch für Auslandsaufenthalte?	18
	20. Kann die <i>versicherte Person</i> Auskünfte über Gutachten oder Stellungnahmen von Sachverständigen verlangen?	18
	21. Kann die <i>versicherte Person</i> ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	18
	22. Welche Folgen kann eine Obliegenheitsverletzung haben?	19
	23. Haftungsbeschränkung	19
	24. Lokale Gesetzgebung	19
	25. Höhere Gewalt	19
	26. Rechtsstreitigkeiten	19
	27. Anzeigen	20
	28. Anwendbares Recht und Gerichtsstand	20
	29. Änderung der <i>Allgemeinen Versicherungsbedingungen</i>	20
	30. Änderung der Vertragsdaten	21
	31. Sprache und Kommunikation	21
	32. Bericht über Solvabilität und Finanzlage	21
	33. Garantiefonds	21
	34. Berufsgeheimnis, Auftragsverarbeitung und Auftragsverarbeitung an Cloud Computing-Dienstleister	21
	35. Datenschutz	22
D.	Glossar	24

A. Vertragliche Grundlage

Der den *Versicherungsvertrag* zeichnende *Versicherer* ist Foyer Global Health S.A., ein Krankenversicherungsunternehmen mit der Rechtsform einer Aktiengesellschaft (*société anonyme*), die ihren Firmensitz in 12, Rue Léon Laval L-3372 Leudelange hat, unter der Nr. B134.471 im Luxemburger Handels- und Gesellschaftsregister eingetragen ist und unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxemburg; +352226911-1; caa@caa.lu) steht.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten des *Versicherers*, des *Versicherungsnehmers* und der *versicherten Person* im Rahmen des *Versicherungsvertrags* sind in den folgenden Dokumenten, die gesamtheitlich den *Versicherungsvertrag* bilden, in ihrer jeweils gültigen Fassung geregelt:

- der *Versicherungsausweis*;
- alle späteren schriftlichen Vereinbarungen, die zwischen dem *Versicherer*, dem *Versicherungsnehmer* und ggf. der *versicherten Person* getroffen werden;
- die vorliegenden *Allgemeinen Versicherungsbedingungen*;
- das *Glossar* am Ende der vorliegenden *Allgemeinen Versicherungsbedingungen*;
- der *Gruppenvertrag*;
- alle einschlägig geltenden gesetzlichen Vorschriften und Regelungen.

Im Falle von Abweichungen zwischen diesen *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* und dem *Gruppenvertrag*, besitzen die Bestimmungen des *Gruppenvertrags* Vorrang.

Der *Versicherer* übernimmt bis zu 100% der erstattungsfähigen Kosten im Rahmen des für die *versicherte Person* im *Gruppenvertrag* vereinbarten Höchstleistungsbetrages sowie dem im nachstehenden Leistungsumfang aufgeführten jährlichen Höchstbetrags, sofern in den *Allgemeinen Versicherungsbedingungen*, dem *Gruppenvertrag*, dem *Versicherungsausweis* oder einer späteren schriftlichen Vereinbarung zwischen dem *Versicherer*, dem *Versicherungsnehmer* und ggf. der *versicherten Person* nichts anderes vereinbart wurde.

Alle Informationen, die der *Versicherer* dem *Versicherungsnehmer* im Rahmen des *Versicherungsvertrags* bereitgestellt hat, gelten weiterhin, sofern nichts anderes angegeben ist.

B. Besondere Bedingungen

1. Umfang des Versicherungsschutzes

1.1 Der *Versicherer* erbringt *Leistungen* für *Krankheiten* und *körperliche Verletzungen*. Zudem besteht Versicherungsschutz für:

- Routinemäßige Gesundheitsuntersuchungen und Schutzimpfungen,
- Schwangerschaft und Entbindung,
- Professionelle Zahnreinigung.

1.2 Bei Eintritt eines Versicherungsfalles erstattet der *Versicherer* die Kosten für *medizinische Heilbehandlungen*.

2. Leistungen

Leistungen	Xtend 300	Xtend 600	Xtend 900	Xtend 1200
Jährlicher Höchstbetrag	300,00 €	600,00 €	900,00 €	1.200,00 €
Ambulante Heilbehandlung	Xtend 300	Xtend 600	Xtend 900	Xtend 1200
Alternative Heilmethoden	☑	☑	☑	☑
Arzneimittel/Verbände/Heilmittel	☑	☑	☑	☑
Therapeutische Hilfsmittel (einschließlich Sehhilfen und Hörgeräte)	☑	☑	☑	☑
Refraktive Augenoperationen	☑	☑	☑	☑
Routinemäßige Gesundheitsuntersuchungen/ Schutzimpfungen/Gesundheitskurse	☑	☑	☑	☑
Zahnärztliche Heilbehandlung	Xtend 300	Xtend 600	Xtend 900	Xtend 1200
Professionelle Zahnreinigung	☑	☑	☑	☑
Wurzel- und Parodontosebehandlung	☑	☑	☑	☑
Zahnfüllungen, Zahnersatz und Kronen	☑	☑	☑	☑

Der angegebene jährliche Höchstbetrag gilt pro *versicherte Person* und pro Versicherungsjahr.

✗ nicht gedeckt

☑ gedeckt/voll bezahlt

2.1 Alternative Heilmethoden

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Kosten für alternative Heilmethoden, sofern diese von einem *Arzt* im Zusammenhang mit einer *medizinischen Heilbehandlung* angewandt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich entweder um staatlich anerkannte Methoden handelt oder diese in der jeweils gültigen Gebührenordnung für alternative Heilbehandlungen (bspw. Gebührenordnung für Heilpraktiker/GebüH) aufgeführt sind.

2.2 Arzneimittel, Verbände und Heilmittel

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Kosten für ärztlich verordnete *Arzneimittel*, *Verbände* und Heilmittel. Dazu gehören auch Medikamente, *Verbände* und Heilmittel, die im Zusammenhang mit alternativen Heilmethoden gemäß Abschnitt 2.1 verordnet werden.

Die *versicherte Person* muss die *Arznei- und Verbandmittel* in einer Apotheke (einschließlich Versand- oder Internetapotheken) beziehen. Diese können ebenfalls von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Der *Versicherer* erstattet die Kosten für medizinisch verordnete Sondennahrung, wenn eine normale Nahrungsaufnahme aufgrund einer medizinischen Indikation nicht möglich ist.

Folgende Kosten werden vom *Versicherer* nicht übernommen, auch wenn diese ärztlich verordnet sind:

- **Arzneimittel**, die ausschließlich zum Zweck der Empfängnisverhütung verschrieben werden (z. B. Ovulationshemmer),
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sowie zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zum Gewichtsverlust, zur Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die für Anti-Aging-, Lifestyle- oder kosmetische Behandlungen (z. B. Faltenglättung) verwendet werden,
- Vitamine, abgesehen von Vitamin-Monopräparaten die zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen dienen,

- **Nähr- und Stärkungsmittel**,
- **Kosmetikprodukte, Pflege- und Desinfektionsmittel sowie Badezusätze**,
- **Mineralwasser und andere Nährstoffe abgesehen von Sondernahrung (siehe oben)**.

Als Heilmittel gelten die Folgenden und sind somit versichert:

- Physikalisch-medizinische *Leistungen* (z. B. Physiotherapie, Massagen),
- medizinische Bäder,
- Logopädie, Podologie, Ergotherapie und osteopathische *Leistungen*,
- ernährungstherapeutische Maßnahmen bei seltenen angeborenen Stoffwechselkrankheiten, sofern der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung eine schriftlich Kostenzusage erteilt hat. Bei Mukoviszidose / Cystischer Fibrose ist eine solche Zusage nicht erforderlich, sofern sich die Kosten nach den üblichen, gebräuchlichen und angemessenen Gebührensätzen des Landes, in dem die *versicherte Person* die Behandlung erhält, richten.

Die Heilmittel müssen von Therapeuten erbracht werden, die in dem Land zugelassen sind, in dem die *versicherte Person* die Behandlung benötigt.

Der *Versicherer* erstattet keine zusätzlichen Kosten für Behandlungen in der Wohnung der versicherten Person.

2.3 Therapeutische Hilfsmittel (einschließlich Sehhilfen und Hörgeräte)

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel.

Als Hilfsmittel gelten:

- Sehhilfen, Hörgeräte,
- Bandagen, Blindenstöcke, Bruchbänder, Einlagen, Gehstützen,
- Inhalationsgeräte,
- Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen,
- Maßgefertigte orthopädische Schuhe,
- Orthopädisch angepasste Konfektionsschuhe,
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Die Kosten für die Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln sind ebenfalls erstattungsfähig. Dies gilt zudem für eine notwendige Einweisung für den Gebrauch des jeweiligen Hilfsmittels.

Zu den Sehhilfen gehören Brillengläser und -fassungen sowie Kontaktlinsen, einschließlich Tages- und Monatslinsen.

Der Versicherer erstattet keine Kosten:

- für die Reparatur von Sohlen und Absätzen an maßgefertigten orthopädischen Schuhen,
- für den Gebrauch (z.B. Batterien) und die Pflege (z.B. Reinigungs- oder Desinfektionsmittel) von Hilfsmitteln,
- für Produkte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich angehören.

2.4 Refraktive Augenchirurgie (Operationen am Auge zur Korrektur der Fehlsichtigkeit)

Der Versicherer übernimmt die erstattungsfähigen Kosten für medizinische Leistungen im Zusammenhang mit refraktiven Augenoperationen wie z. B. Lasik oder einem Linsenaustausch.

2.5 Routinemäßige Gesundheitsuntersuchungen, Schutzimpfungen und Präventionskurse (Gesundheitskurse)

Der Versicherer übernimmt die erstattungsfähigen Kosten für ambulante ärztliche Routineuntersuchungen, Schutzimpfungen einschließlich der Impfberatung und Präventionskurse.

Zu den routinemäßigen Gesundheitsuntersuchungen gehören ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

Der Versicherer erbringt die Leistungen unabhängig von den Altersgrenzen und Intervallen, die für Untersuchungen im Rahmen der gesetzlichen eingeführten Programme gelten. Als routinemäßige Gesundheitsuntersuchungen gelten zum Beispiel: Schwangerenvorsorge, Knochendichtemessung (Osteoporose-Screening), Hautkrebs-Screening mit Auflichtmikroskop, ergänzende Krebsvorsorgeuntersuchungen wie die Sonographie (Ultraschall) der Brust von Frauen.

Der Versicherer erstattet keine Kosten für vorbeugende Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie zahnärztliche Prophylaxeleistungen (ausgenommen professionelle Zahnreinigungen). Kosten für Schutzimpfungen, die von der zuständigen und anerkannten nationalen Behörde des versicherten Behandlungslandes empfohlen werden, sind erstattungsfähig.

Der Versicherungsschutz gilt auch für ordnungsgemäß empfohlene Reiseimpfungen sowie für medizinische Malariaprophylaxe.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören ebenfalls Präventionskurse im versicherten Behandlungsland. Der Versicherer erstattet die Kosten für akkreditierte Programme zur Förderung einer gesunden Lebensweise. Kurse, die auf Schmerzprävention, Stressbewältigung, gesunde Ernährung oder Schlafverbesserung abzielen, sind ebenfalls erstattungsfähig. Die Kurse sollten von einer zuständigen und anerkannten nationalen Behörde zertifiziert sein. Der Anbieter des Präventionskurses muss diese Zertifizierung auf der Teilnahmebescheinigung bestätigen.

2.6 Professionelle Zahnreinigung

Der Versicherer übernimmt die erstattungsfähigen Kosten für professionelle Zahnreinigungen.

2.7 Wurzel- und Parodontosebehandlung

Der Versicherer übernimmt die erstattungsfähigen Kosten für:

- Parodontologische Leistungen (z. B. lokale antimikrobielle Therapie, Schleimhauttransplantation), und
- Wurzelkanalbehandlungen (z. B. elektrometrische Längenbestimmung).

2.8 Zahnfüllungen, Zahnersatz und Kronen

Der Versicherer übernimmt die erstattungsfähigen Kosten für:

- Füllungstherapien, z. B. Kunststofffüllungen in der Dentin Adhäsivtechnik, Inlays,
- Zahnkronen einschließlich Teilkronen, z. B. Onlays, Overlays,
- Zahnersatz, z.B. Brücken, Prothesen,

- Implantologische *Leistungen*, dazu zählen auch die dazugehörigen chirurgischen Maßnahmen, wie z.B. Knochenaufbau.
- Verblendschalen bis zum Zahn 6,
- Wiederherstellung von Zahnkronen und Prothesen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische *Leistungen*, die zu den oben genannten zahnärztlichen Heilbehandlungen gehören,
- Begleitende *Leistungen*, wie örtliche Betäubungen und Röntgenaufnahmen, die anlässlich der oben genannten zahnärztlichen Heilbehandlungen erforderlich sind,
- Material- und Laborkosten, die für die genannten zahnärztlichen Heilbehandlungen anfallen, soweit sie im Rahmen der üblichen, gebräuchlichen und angemessenen Gebühren des versicherten Behandlungslandes berechnet werden.

2.9 Welche Ärzte kann die *versicherte Person* wählen?

Die *versicherte Person* kann ihren Arzt frei wählen. Die *versicherte Person* kann ebenfalls Einrichtungen aufsuchen, die für die Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten vorgesehen sind. Dies sind zum Beispiel zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Die *versicherte Person* kann auch alternative Heilbehandler in Anspruch nehmen, sofern diese von der zuständigen und anerkannten nationalen Behörde innerhalb des versicherten Behandlungslandes zugelassen sind.

2.10 Nach welchen Gebührenordnungen sind die Auslagen für ärztliche *Leistungen* erstattungsfähig?

Die Erstattung erfolgt nach den üblichen, gebräuchlichen und angemessenen Sätzen, die im versicherten Behandlungsland gelten. Diese Sätze beziehen sich auf Ausgaben im Zusammenhang mit genehmigten und versicherten medizinischen *Leistungen* oder Verbrauchsmaterialien, die nicht über die Standardsätze hinausgehen und von anderen Leistungserbringern mit ähnlichem Status, im selben geografischen Gebiet anlässlich vergleichbarer Behandlungen für ähnliche *Krankheiten* und/oder *körperliche Verletzungen* erbracht werden.

2.11 Nach welchen Gebührenordnungen sind die Auslagen für *Leistungen* von alternativen Heilbehandlern erstattungsfähig?

Für *Leistungen* von Masseuren, Hebammen oder alternativen Heilbehandlern (für die es möglicherweise keine üblichen, gebräuchlichen und angemessenen Sätze im Land der Behandlung gibt), erfolgt die Erstattung auf der Grundlage vergleichbarer Gebühren für *Ärzte*, die in dem Land, in dem die Behandlung stattfindet, üblich sind.

2.12 Kostenerstattung

Bei Eintritt des Versicherungsfalls übernimmt der *Versicherer* die erstattungsfähigen Kosten der *medizinischen Heilbehandlung* zu 100 %, bis zum jährlichen Höchstbetrag des gewählten *Tarifs* pro *versicherte Person* und pro Versicherungsjahr, vorbehaltlich der vereinbarten Bedingungen des *Versicherungsvertrages* und der gesetzlichen Bestimmungen.

Die Kosten werden wie folgt dem entsprechenden Versicherungsjahr zugeordnet:

- dem Tag der Behandlung oder dem Tag, an dem der *Arzt* aufgesucht wurde,
- dem Tag, an dem die *Arzneimittel*, *Verbände* oder medizinischen Hilfsmittel bezogen wurden, oder
- bei Präventionskursen der Tag, an dem die *versicherte Person* zum ersten Mal an dem Kurs teilgenommen hat.

Vorleistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung, einer privaten Krankenversicherung, einer gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, einer privaten Unfall- oder Rentenversicherung oder einer Beihilfeversicherung werden auf die *Leistungen* des *Versicherers* angerechnet und müssen auf Antrag nachgewiesen werden.

3. Ausschlüsse und Beschränkungen

3.1 Der *Versicherer* übernimmt keine Kosten für die folgenden *medizinische Heilbehandlungen* im Rahmen des *Versicherungsvertrags*, es sei denn, sie sind in einem schriftlichen Nachtrag eingeschlossen:

Für *Krankheiten*, Schäden und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und Todesfällen, die durch Krieg, innere Unruhen oder Terrorakte verursacht wurden,

besteht kein Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Ausnahmen, die von der Situation der *versicherten Person* abhängen. Das Konfliktgebiet kann eine Region, ein Land, ein Gebiet innerhalb eines Landes oder ein Gebiet sein, das eine oder mehrere Landesgrenzen überschreitet:

1. *Versicherte Personen*, die sich bereits im Konfliktgebiet aufhalten:

- Befindet sich die *versicherte Person* bereits im Konfliktgebiet, wenn der Krieg, die inneren Unruhen oder die Terrorakte ausbrechen, besteht Versicherungsschutz in den oben genannten Fällen nur, wenn die *versicherte Person* ein unbeteiligter Dritter ist, der die Gefahr nicht vorsätzlich oder fahrlässig außer Acht gelassen hat und wenn der Aufenthalt in dem Gebiet aufgrund eines berechtigtem beruflichen Interesses erforderlich ist.

2. *Versicherte Personen*, die nach Ausbruch der Kriegshandlungen, inneren Unruhen oder Terrorakte in das betroffene Konfliktgebiet einreisen:

- Wenn die *versicherte Person* das Konfliktgebiet nach dem Ausbruch der Kriegshandlungen, inneren Unruhen oder Terrorakte betritt, besteht kein Versicherungsschutz, es sei denn, die *versicherte Person* ist ein unbeteiligter Dritter, der die Gefahr nicht vorsätzlich oder fahrlässig außer Acht gelassen hat und wenn der Aufenthalt in dem Gebiet aufgrund eines berechtigten beruflichen Interesse erforderlich ist.

Versicherungsschutz besteht in keinem Fall, wenn die *versicherte Person* sich in einen unmittelbar umkämpften Bereich begibt oder Dienstleistungen für eine der Konfliktparteien erbringt. Der Leistungsausschluss gilt unabhängig davon, ob ein Krieg offiziell erklärt worden ist oder nicht.

3.2 Der *Versicherer* deckt keine *Krankheiten* und *körperliche Verletzungen* noch deren Folgen, sofern diese arglistig oder vorsätzlich herbeigeführt wurden („de manière intentionnelle ou dolosive“). Der *Versicherer* betrachtet eine *Krankheit* oder eine *körperliche Verletzung* insbesondere dann als absichtlich verursacht und vorsätzlich herbeigeführt, wenn die *versicherte Person*

von den Folgen ihrer Handlung zumindest eine Vorstellung hatte und den herbeigeführten Schaden billigend in Kauf genommen hat.

3.3 Der *Versicherer* übernimmt keine Kosten für *medizinische Heilbehandlung* in der Wohnung der *versicherten Person*. Der *Versicherer* erstattet keine Kosten, wenn die *versicherte Person* von ihrer Ehefrau, ihrem Ehemann, nichtehelichen Lebenspartner, Eltern oder Kindern oder einer anderen Person, die nicht als Arzt in dem jeweiligen Land der Behandlung gilt, behandelt wird. Der *Versicherer* erstattet jedoch tarifgemäß die nachgewiesenen Sachkosten anlässlich der *medizinischen Heilbehandlung* der *versicherten Person*.

3.4 Der *Versicherer* gewährt keinen Versicherungsschutz für Behandlungen oder medikamentöse Therapien, die der *Versicherer* als experimentell ansieht oder die Forschungszwecken dienen.

3.5 Der *Versicherer* übernimmt keine Kosten für Gentests jeglicher Art, es sei denn bestimmte Gentests wurden ausdrücklich als Teil des Versicherungsschutzes der *versicherten Person* aufgeführt oder der *Versicherer* hat ausdrücklich seine schriftliche Genehmigung erteilt.

3.6 Der Versicherungsschutz für *medizinische Heilbehandlungen* gemäß *Versicherungsvertrag* kann auch in den folgenden Fällen eingeschränkt oder ausgeschlossen werden:

- Übersteigt die *medizinische Heilbehandlung* oder sonstige Maßnahme, für die *Leistung* vereinbart sind, das medizinisch notwendig Maß oder liegt der geforderte Betrag nicht im Rahmen der üblichen, gebräuchlichen und angemessenen Kostensätze, ist der *Versicherer* berechtigt, die *Leistungen* zu kürzen und die *versicherte Person* hat alle Kosten zu tragen, die sich nicht innerhalb der üblichen, gebräuchlichen und angemessenen Kostensätze des jeweiligen Behandlungslandes befinden.
- Im Falle eines Leistungsanspruchs aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, einer privaten Krankenversicherung, einer gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, einer privaten Unfall- oder Rentenversicherung oder einer Beihilfeversiche-

ung gilt Folgendes: Der *Versicherer* erstattet nur die verbleibenden erstattungsfähigen Kosten, die nicht von den Vorgenannten getragen werden.

Der maximale Erstattungsbetrag ist auf die gesamten, der *versicherten Person* entstandenen Kosten begrenzt, unabhängig davon, ob sie Anspruch auf *Leistungen* von mehreren Trägern hat.

Weitere Einschränkungen können gelten:

- **vor Beginn und nach Beendigung des Versicherungsschutzes (siehe Abschnitt 5),**
- **bei Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereichs (siehe Abschnitt 19),**
- **bei Verstößen gegen die Verpflichtungen aus dem *Versicherungsvertrag* (siehe Abschnitt 17).**

C. Allgemeine Bedingungen

4. Versicherte Personen

Um als *versicherte Person* im Rahmen des *Versicherungsvertrages* zu gelten, müssen die Angestellten des *Versicherungsnehmers* von diesem beim *Versicherer* gemäß den Voraussetzungen des *Gruppenvertrags* angemeldet werden. Durch die Einwilligung zur Anmeldung zum *Gruppenvertrag* akzeptieren die *versicherten Personen* auch die Bedingungen des *Versicherungsvertrags* und die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten.

Jede *versicherte Person* erhält eine *Globality Service Karte*.

5. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

- 5.1 Der *Versicherungsvertrag* gilt mit dem Datum der Unterzeichnung des *Gruppenvertrags* durch den *Versicherer* und den *Versicherungsnehmer* als abgeschlossen.
- 5.2 Der Versicherungsschutz aus dem *Versicherungsvertrag* beginnt mit dem Tag des *Datums des Inkrafttretens*.
- 5.3 Der Versicherungsschutz aus dem *Versicherungsvertrag* besteht für einen Zeitraum von 12 (zwölf) Monaten bis zum Verlängerungsdatum des *Gruppenvertrags*. Der *Versicherungsvertrag* verlängert sich stillschweigend für einen Zeitraum von maximal 12 (zwölf) Monaten zum Verlängerungsdatum des *Gruppenvertrags*, wenn keine der Parteien einer solche Verlängerung gemäß den Formalitäten und Kündigungsfristen in Abschnitt 17 widerspricht.
- 5.4 Wird ein Angestellter des *Versicherungsnehmers* zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des *Gruppenvertrages* nicht als *versicherte Person* angemeldet, beginnt der Versicherungsschutz für diesen Mitarbeiter am ersten Tag des Monats, der auf die Anmeldung des betreffenden Arbeitnehmers als *versicherte Person* durch den *Versicherungsnehmer* beim *Versicherer* folgt.
- 5.5 Für *Versicherungsfälle*, die vor *Inkrafttreten* des *Versicherungsvertrages* entstehen, werden keine *Leistungen* gewährt.

6. Erklärungen

6.1 Bei Abschluss des Versicherungsvertrags

Der *Versicherungsnehmer* verpflichtet sich, alle vom *Versicherer* gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten und gegebenenfalls die *versicherte Person* zu veranlassen, das Gleiche zu tun.

Der *Versicherungsnehmer* verpflichtet sich ferner, bei Abschluss der Versicherung alle Umstände anzugeben, die ihm bekannt sind und die er vernünftigerweise als für die Beurteilung des versicherten Risikos durch den *Versicherer* bedeutsam erachtet, und gegebenenfalls die *versicherte Person* zu veranlassen, dies ebenfalls zu tun.

Die für den *Versicherungsvertrag* geltende Versicherungsprämie wird entsprechend festgesetzt.

6.2 Vorsätzliche Unterlassung oder Unrichtigkeit

Ungeachtet anderer gesetzlicher Nichtigkeitsgründe ist der *Versicherungsvertrag* unwirksam, wenn vorsätzliche Unterlassungen oder Unrichtigkeiten bei den vorgenannten Angaben den *Versicherer* während seiner Risikobeurteilung irregeführt haben. In diesen Fällen hat der *Versicherer* weiterhin Anspruch auf die bereits gezahlten Prämien.

6.3 Unbeabsichtigte Unterlassung oder Unrichtigkeit

Ist die Unterlassung oder Unrichtigkeit nicht vorsätzlich, ist der *Versicherungsvertrag* nicht unwirksam. In diesem Fall kann der *Versicherer* jedoch innerhalb von 1 (einem) Monat ab dem Tag, an dem er von der betreffenden Unterlassung oder Unrichtigkeit Kenntnis erlangt hat, eine Änderung des *Versicherungsvertrags* vorschlagen, die ab dem Tag in Kraft tritt, an dem der *Versicherer* von der Unterlassung oder Unrichtigkeit Kenntnis erlangt hat.

Weist der *Versicherer* unter diesen Umständen nach, dass er das betreffende Risiko niemals versichert hätte, wenn er die erforderlichen vollständigen und genauen Angaben bei der Zeichnung des *Versicherungsvertrags* erhalten hätte, kann der *Versicherer* den *Versicherungsvertrag* innerhalb von 1 (einem) Monat ab dem Zeitpunkt kündigen, an dem er Kenntnis von der Unterlassung oder Unrichtigkeit erlangt hat.

Lehnt der *Versicherungsnehmer* die vorgeschlagene Änderung des *Versicherungsvertrags* ab oder wird dieser Vorschlag nicht innerhalb von 1 (einem) Monat nach Eingang des Vorschlags angenommen, so kann der *Versicherer* den *Versicherungsvertrag* innerhalb von 15 (fünfzehn) Kalendertagen kündigen. Ist das Unterlassen oder die Unrichtigkeit das Verschulden des *Versicherungsnehmers* und tritt ein *Versicherungsfall* ein, bevor die Änderung oder Kündigung des *Versicherungsvertrags* im Sinne der vorstehenden Absätze wirksam wird, ist der *Versicherer* nur verpflichtet, *Leistungen* im Verhältnis der vom *Versicherungsnehmer* tatsächlich gezahlten Prämie zu der Prämie, die der *Versicherungsnehmer* hätte zahlen müssen, wenn das Risiko vollständig und richtig angegeben worden wäre, zu erbringen. Weist der *Versicherer* allerdings nach, dass er das betreffende Risiko, dessen tatsächliches Ausmaß durch den *Versicherungsfall* offenbart wurde, niemals versichert hätte, beschränkt sich die *Leistung* des *Versicherers* auf die Rückerstattung aller gezahlten Prämien.

6.4 Sonstige Erklärungspflichten während der Laufzeit des Versicherungsvertrages

Der *Versicherungsnehmer* und/oder die *versicherte Person* sind verpflichtet, alle Umstände anzuzeigen, die zu einer erkennbaren und dauerhaften Erhöhung des versicherten Risikos führen können.

Erhöht sich während der Laufzeit des *Versicherungsvertrages* das Risiko des Eintritts eines Versicherungsfalls in einer Weise, dass der *Versicherer* den *Versicherungsvertrag* nur zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätte, sofern die erschwerenden Umstände bereits bei Abschluss des *Versicherungsvertrages* bekannt gewesen wären, so hat der *Versicherer* innerhalb 1 (eines) Monats ab dem Zeitpunkt, zu dem er von den betreffenden erschwerenden Umständen Kenntnis erlangt hat, eine rückwirkende Änderung des *Versicherungsvertrages*, datiert auf den Zeitpunkt des Eintritts des erhöhten Risikos, vorzuschlagen.

Weist der *Versicherer* nach, dass er das erhöhte Risiko niemals versichert hätte, kann er den *Versicherungsvertrag* innerhalb derselben Frist kündigen.

Lehnt der *Versicherungsnehmer* den vom *Versicherer* unterbreiteten Vorschlag zur Änderung des *Versicherungsvertrags* ab oder wurde der Vorschlag nach Ablauf 1 (eines) Monats nach Erhalt des entsprechenden Vorschlags nicht angenommen, kann der *Versicherer* den *Versicherungsvertrag* innerhalb von 15 (fünfzehn) Kalendertagen kündigen.

Tritt der *Versicherungsfall* ein, bevor die Änderung oder die Kündigung des *Versicherungsvertrages* wirksam geworden ist, und ist der *Versicherungsnehmer* seiner Anzeigepflicht hinsichtlich aller Umstände, die zu einer erkennbaren und dauerhaften Erhöhung des versicherten Risikos führen können, nachgekommen, ist der *Versicherer* verpflichtet, die vereinbarte *Leistung* zu erbringen.

Tritt der *Versicherungsfall* ein und der *Versicherungsnehmer* ist seiner Anzeigepflicht hinsichtlich aller Umstände, die zu einer erkennbaren und dauerhaften Erhöhung des versicherten Risikos nicht nachgekommen:

- a) ist der *Versicherer* verpflichtet, die vereinbarte *Leistung* zu erbringen, sofern der *Versicherungsnehmer* die Nichtanmeldung nicht zu vertreten hat;
- b) ist der *Versicherer* nur zur Leistungserstattung im Verhältnis der vom *Versicherungsnehmer* tatsächlich gezahlten Prämie zu der Prämie, die der *Versicherungsnehmer* unter Berücksichtigung der Risikoerhöhung hätte zahlen müssen, verpflichtet, sofern die Nichtanmeldung auf ein Verschulden des *Versicherungsnehmers* zurückzuführen ist. Weist der *Versicherer* jedoch nach, dass er das erhöhte Risiko niemals versichert hätte, beschränkt sich seine Haftung im *Versicherungsfall* auf die Erstattung der für den Zeitraum nach Eintritt der betreffenden Risikoerhöhung gezahlten Prämien;
- c) kann der *Versicherer* die *Leistung* verweigern, wenn der *Versicherungsnehmer* in betrügerischer Absicht gehandelt hat. Die fälligen Prämien, die bis zu dem Zeitpunkt, an dem der *Versicherer* von dem Betrug Kenntnis erlangt hat, stehen dem *Versicherer* als Schadenersatz zu.

Die Bestimmungen der vorliegenden Klausel finden keine Anwendung, sofern sich der Gesundheitszustand der *versicherten Person* ändert.

7. **Tarif**

Die Einzelheiten des versicherten *Tarifs* sind im *Gruppenvertrag* aufgeführt.

8. **Kumulierte Versicherung**

Besteht neben dieser Versicherung eine weitere Krankenversicherung mit obligatorischem Versicherungsschutz, hat die obligatorische Krankenversicherung Vorrang vor diesem *Versicherungsvertrag*.

9. **Widerrufsrecht**

Wird der *Versicherungsvertrag* als Fernabsatzgeschäft abgeschlossen und gilt somit als „Fernabsatzvertrag“ im Sinne der geltenden Gesetze, so kann der *Versicherungsnehmer* innerhalb von 14 (vierzehn) Kalendertagen ohne Vertragsstrafe und ohne Angabe von Gründen vom Vertrag zurücktreten.

Die Frist für die Ausübung des Widerrufsrechts beginnt zu laufen:

- ab dem Tag, an dem der *Versicherungsvertrag* als Fernabsatzgeschäft abgeschlossen wird; oder
- ab dem Datum, an dem der *Versicherungsnehmer* den *Versicherungsausweis* erhält, wenn dieses Datum nach dem im ersten Punkt genannten Datum liegt.

Übt der *Versicherungsnehmer* sein Widerrufsrecht aus, so hat er dies vor Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist per Einschreiben an den in diesen AVB genannten Firmensitz des *Versicherers* mitzuteilen. Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Mitteilung vor Ablauf der Widerrufsfrist abgesandt wurde (maßgeblich ist der Poststempel).

Der Widerruf bewirkt, dass der *Versicherungsnehmer* zukünftig von allen Verpflichtungen, die sich aus dem *Versicherungsvertrag* ergeben, befreit ist.

Macht der *Versicherungsnehmer* von seinem Widerrufsrecht Gebrauch, kann er lediglich dazu verpflichtet werden, so bald wie möglich den vom *Versicherer* im Rahmen des *Versicherungsvertrags* tatsächlich erbrachten Versicherungsschutz zu zahlen, vorausgesetzt, der fällige Betrag wurde dem *Versicherungsnehmer* ordnungsgemäß mitgeteilt. Mit der Ausführung des

Versicherungsvertrages darf erst begonnen werden, nachdem der Versicherungsnehmer seine Zustimmung erteilt hat. Die zu zahlende Prämie

- darf einen Betrag nicht überschreiten, der in einem angemessenen Verhältnis zu den bereits erbrachten Versicherungsleistungen in Bezug auf die Gesamtheit der in dem *Versicherungsvertrag* vorgesehenen Leistungen steht;
- darf in keinem Fall als Strafe ausgelegt werden.

Der *Versicherer* ist nicht berechtigt, eine Zahlung zu verlangen, wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist mit der Ausführung des *Versicherungsvertrags* begonnen hat, ohne zuvor vom *Versicherungsnehmer* dazu aufgefordert worden zu sein.

Der *Versicherer* ist verpflichtet, dem *Versicherungsnehmer* baldmöglichst, spätestens jedoch innerhalb von 30 (dreißig) Kalendertagen, alle Beträge zu erstatten, die er vom *Versicherungsnehmer* gemäß dem *Versicherungsvertrag* erhalten hat, mit Ausnahme des Betrages, den der *Versicherungsnehmer* für den tatsächlich gewährten Versicherungsschutz gemäß den vorstehenden Absätzen schuldet. Die 30-Tage-Frist beginnt ab dem Tag, an dem der *Versicherer* die Mitteilung über den Widerruf erhält. Erfolgt die Erstattung nicht innerhalb von 30 (dreißig) Kalendertagen, so erhöht sich der geschuldete Betrag um die gesetzlichen Zinsen, die ab dem ersten Tag nach Ablauf der betreffenden Zahlungsfrist gelten.

Der *Versicherungsnehmer* hat dem *Versicherer* baldmöglichst, spätestens jedoch innerhalb von 30 (dreißig) Kalendertagen, alle vom *Versicherer* erhaltenen Beträge und/oder Sachen zurückzugeben, mit Ausnahme der für die Versicherungsperiode fälligen Versicherungsleistungen, wenn der Versicherungsschutz auf Antrag des *Versicherungsnehmers* bereits begonnen hat. Die 30-Tage-Frist beginnt ab dem Tag, an dem die Widerrufserklärung des *Versicherungsnehmers* abgestempelt wurde. Erfolgt die Erstattung nicht innerhalb von 30 (dreißig) Kalendertagen, so erhöht sich der geschuldete Betrag um die ab dem ersten Tag nach Ablauf der Zahlungsfrist geltenden gesetzlichen Zinsen.

10. Prämien

10.1 Zahlungsweise, Beitrag und Fälligkeit

Soweit nichts anderes bestimmt ist, sind die Prämien, Gebühren und Steuern im Rahmen des *Versicherungsvertrages* im Voraus an die Hauptverwaltung des *Versicherers* und/oder an den vom *Versicherer* zu diesem Zweck beauftragten Vertreter zu entrichten. Die Zahlung wird vom *Versicherungsnehmer* verlangt.

Sind mehrere versicherte Risiken über den *Versicherungsvertrag* abgedeckt, gilt der Gesamtbetrag der fälligen Versicherungsprämie als eine einzige unteilbare Prämie.

Die Zahlungsbedingungen der Prämien, das Fälligkeitsdatum und die Höhe der Prämie sind im *Gruppenvertrag* festgelegt. Jede Änderung dieser Bedingungen bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung des *Versicherers*.

10.2 Folgen bei verspäteten oder nicht erfolgten Beitragszahlungen

Befindet sich der *Versicherungsnehmer* 10 (zehn) Kalendertage nach dem Fälligkeitsdatum der (Teil-)Prämie im Zahlungsverzug, ist der *Versicherer* nach Ablauf einer Zahlungsfrist von 30 (dreißig) Kalendertagen ab der Absendung eines Einschreibens an den letzten bekannten Wohnsitz des *Versicherungsnehmers* von der vertraglichen Leistungspflicht befreit (leistungsfreier Zeitraum). Der *Versicherer* muss das entsprechende Einschreiben ebenfalls an die letzte bekannte E-Mail-Adresse des *Versicherungsnehmers* senden.

Das Einschreiben enthält eine förmliche Aufforderung des *Versicherers* an den *Versicherungsnehmer*, alle fälligen Prämien zu zahlen. Darüber hinaus enthält das Schreiben das Fälligkeitsdatum, den Gesamtbetrag der unbezahlten Prämien sowie einen Hinweis auf die Folgen der Nichtzahlung nach Ablauf der vorgenannten 30-tägigen Zahlungsfrist.

Ansprüche, die während des leistungsfreien Zeitraums nach Ablauf der Zahlungsfrist auftreten, können vom *Versicherer* nicht berücksichtigt werden.

Der *Versicherer* hat das Recht, die Versicherung 10 (zehn) Kalendertage nach Ablauf der vorgenannten 30-tägigen Zahlungsfrist zu kündigen.

Wird der Vertrag nicht gekündigt, setzt die Leistungspflicht für künftige *Versicherungsfälle* erst ab der ersten Stunde des Tages ein, der auf den Tag folgt, an dem der *Versicherer* oder der vom *Versicherer* zu diesem Zweck beauftragte Vertreter die Zahlung der fälligen Prämien oder, wenn der Gesamtbetrag der Jahresprämie in Teilbeträge aufgeteilt ist, die Zahlung der entsprechenden Teilbeträge, die dem *Versicherungsnehmer* als unbezahlt gemeldet wurden, sowie die während des leistungsfreien Zeitraums fällig gewordenen Prämien und gegebenenfalls entstandene Mahnkosten, erhalten hat.

Die Leistungsfreiheit berührt nicht das Recht des *Versicherers*, die weiterhin fälligen Prämien zu verlangen, vorausgesetzt, der *Versicherungsnehmer* hat eine förmliche Mitteilung erhalten, in der der *Versicherungsnehmer* darüber informiert wird, dass die Prämien fällig geworden sind und dass der *Versicherer* von seiner vertraglichen Leistungspflicht befreit ist. Dieses Recht ist jedoch auf die Prämien für 2 (zwei) aufeinanderfolgende Jahre beschränkt.

Hat wegen Nichtzahlung der Prämien oder von Teilprämien für einen ununterbrochenen Zeitraum von 2 (zwei) Jahren kein Versicherungsschutz bestanden, endet der Vertrag automatisch mit Ablauf dieses Zeitraums.

10.3 Prämienberechnung

Die Methode zur Berechnung der Prämien ist im *Gruppenvertrag* festgelegt.

10.4 Änderung des Tarifs

Beabsichtigt der *Versicherer* eine Änderung der Versicherungsbedingungen und/oder seiner *Tarife*, so kann er diese Änderung nur in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des geänderten Luxemburgischen Gesetzes vom 27. Juli 1997 für *Versicherungsverträge* und alle späteren Änderungen dieses Gesetzes vornehmen.

11. Servicequalität

Die für den *Versicherungsvertrag* geltende Servicequalität richtet sich nach den Bestimmungen des *Gruppenvertrags*.

12. Frist zur Anmeldung von Leistungsansprüchen

Unbeschadet der Bestimmungen der vorliegenden *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* muss der *Versicherungsnehmer* und/oder die *versicherte Person* dem *Versicherer* jeden *Versicherungsfall* innerhalb von 30 (dreißig) Tagen oder schnellstmöglich anzeigen. Die Schadenmeldung erfolgt über das „My Globality Online Portal“.

13. Obliegenheiten und Formalitäten

Die *versicherte Person* hat alle erforderlichen Maßnahmen zur Vermeidung und/oder Minderung von Schäden und Folgeschäden zu treffen.

Der *Versicherungsnehmer* und/oder die *versicherte Person* müssen unverzüglich alle sachdienlichen Informationen und Unterlagen dem *Versicherer* und/oder seinem Beauftragten, sofern zutreffend, zur Verfügung stellen, sowie alle Anfragen des *Versicherers* beantworten, damit dieser die Umstände und den Umfang des *Leistungsantrages* beurteilen kann.

Auf Verlangen des *Versicherers* muss sich die *versicherte Person* von einem vom *Versicherer* beauftragten Arzt untersucht lassen.

14. Zahlung von Versicherungsleistungen

Hat der *Versicherungsnehmer* oder die *versicherte Person* ebenfalls Anspruch auf *Leistungen* aus einer nationalen Krankenkasse oder von einem anderen Versicherungsträger oder einer anderen Einrichtung, muss der *Versicherer* nur für die Kosten aufkommen, die dem *Versicherungsnehmer* oder der *versicherten Person* nach vorheriger Erstattung durch die Krankenkasse, dem anderen *Versicherer* oder der anderen Einrichtung verbleiben.

Der *Versicherer* erbringt seine *Leistungen* nur, wenn der *Versicherungsnehmer* und die *versicherte Person* dem *Versicherer* alle erforderlichen Belege und Unterlagen

vorgelegt haben. Diese Unterlagen gehen danach in das Eigentum des *Versicherers* über. Der *Versicherer* behält sich zudem das Recht vor, die betreffenden Unterlagen gemäß den geltenden Vorschriften zu archivieren.

Die vom *Versicherungsnehmer* und/oder der *versicherten Person* vorgelegten Rechnungen und Zahlungsnachweise müssen im Original eingereicht werden und den gesetzlichen Bestimmungen des Landes entsprechen, in dem sie ausgestellt werden. Die Rechnungen und Zahlungsnachweise können dem *Versicherer* per E-Mail oder per Post übermittelt werden, sofern sie lesbar sind und die Übertragungsqualität der Dokumente für deren Bearbeitung ausreichen.

Ungeachtet der vorstehenden Bestimmungen kann der *Versicherer* jederzeit die Vorlage der Originalbelege verlangen.

Hat sich ein anderer *Versicherer* und/oder Träger an der Kostenerstattung beteiligt, sind Rechnungsdupekte und Zahlungsnachweise ausreichend, sofern dem *Versicherer* Nachweise über die Erstattungsbeträge des anderen *Versicherers* und/oder Trägers eingereicht werden.

Auf den Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten sein: Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum der *versicherten Person* (und eventueller mitversicherter Personen), eine genaue Bezeichnung der *Krankheit* bzw. *körperlichen Verletzung* durch einen Arzt (Diagnose) oder eine genaue Beschreibung der *Krankheit* oder ein Verweis auf den entsprechenden ICD-9 oder 10-Code (Internationale Klassifikation der *Krankheiten*) bzw. auf die genaue *körperliche Verletzung* mit Angabe der Behandlungsdaten und -preise. Bei zahnärztlichen Maßnahmen müssen die Bezeichnung der behandelten oder ersetzten Zähne und die damit zusammenhängenden *Leistungen* angegeben werden.

Ärztlichen Verordnungen müssen folgende Angaben enthalten: Vor- und Nachnamen sowie das Geburtsdatum der *versicherten Person* (und eventueller mitversicherter Personen), das verordnete *Arzneimittel*, der Preis sowie die Zahlungsreferenzen. Die Verordnungen

müssen zusammen mit den Rechnungen für die ärztlichen *Leistungen*, Medikamente und Heilmittel eingereicht werden.

Der *Versicherer* ist berechtigt, erforderliche Angaben oder Nachweise auf eigenen Formularen zu verlangen. Die entsprechenden Formulare müssen vom *Versicherungsnehmer* oder der *versicherten Person* und dem *medizinischen Leistungserbringer* ordnungsgemäß ausgefüllt werden.

Der *Versicherer* ist berechtigt, seine *Leistungen* an die Person zu zahlen, die dem *Versicherer* die Belege und Unterlagen ordnungsgemäß einreicht. In Zweifelsfällen zahlt der *Versicherer* den Erstattungsbetrag an den *Versicherungsnehmer*, wobei eine solche Zahlung den *Versicherer* wirksam von seinen entsprechenden Verpflichtungen aus dem *Versicherungsvertrag* befreit.

Die Erstattung erfolgt in der mit dem Versicherten vereinbarten Währung. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Rechnung erstellt wurde, umgerechnet, es sei denn, die *versicherte Person* weist durch Bankbeleg nach, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Alle erforderlichen Belege oder Unterlagen müssen in französischer, deutscher, spanischer oder englischer Sprache eingereicht werden. Alle Gebühren, die dem *Versicherer* im Zusammenhang mit der Übersetzung von Belegen und Unterlagen in anderen Sprachen entstehen, können von den vertraglichen Erstattungsleistungen abgezogen werden.

15. Forderungsübergang

Hat der *Versicherer* die Entschädigung geleistet, tritt er in der Höhe des Betrages der Entschädigung in die Rechte und Ansprüche der *versicherten Person* oder des Begünstigten gegen Dritte ein, die für den Schaden haften.

Kann, aufgrund von Handlungen oder Unterlassungen des *Versicherungsnehmers* oder der *versicherten Per-*

son, der vorgenannte Forderungsübergang nicht mehr zu Gunsten des *Versicherers* ausgeübt werden, ist der *Versicherer* berechtigt, die Rückerstattung des erlittenen Schadens in Bezug auf gezahlte Versicherungsleistungen, zu verlangen.

Der Forderungsübergang darf keine nachteilige Wirkung für die *versicherte Person* haben und dazu führen, dass sie nur Teilerstattungen aus dem *Versicherungsvertrag* erhält. In diesem Fall kann die *versicherte Person* ihre verbleibenden Ansprüche vorrangig vor dem *Versicherer* geltend machen.

Außer im Falle der Arglist der *versicherten Person*, hat der *Versicherer* keinen Regressanspruch gegen Nachkommen, Verwandte, Ehegatten und Schwiegereltern der *versicherten Person*, sowie gegen die in der Wohnung der *versicherten Person* lebende Personen, seinen Gastgeber oder seine haushaltsnahen Angestellten. Der *Versicherer* kann jedoch gegen die vorgenannten Personen vorgehen, soweit ihre Haftung durch eine Versicherung entsprechend gedeckt ist.

16. Verjährungsfrist

Die Verjährungsfrist aller rechtlichen Ansprüche, die sich aus oder im Zusammenhang mit dem *Versicherungsvertrag* ergeben, beträgt 3 (drei) Jahre.

Die Verjährungsfrist beginnt an dem Tag, an dem das Ereignis eintritt, das den rechtlichen Anspruch begründet. Weist die anspruchsberechtigte Person nach, dass sie erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis über ihre Anspruchsgrundlage erlangt hat, beginnt die Verjährungsfrist erst zu dem späteren Zeitpunkt, jedoch nicht mehr als 5 (fünf) Jahre ab dem Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses; ausgenommen hiervon sind Betrugsfälle. Die Verjährungsfrist gilt auch gegenüber Minderjährigen oder anderen geschäftsunfähigen Personen. Die Verjährungsfrist gilt nicht, wenn die *versicherte Person* aufgrund höherer Gewalt nicht in der Lage ist, innerhalb der vorgeschriebenen Frist zu handeln.

Ist der Anspruch rechtzeitig angezeigt worden, wird die Verjährungsfrist unterbrochen, bis der *Versicherer* den *Versicherungsnehmer* oder die *versicherte Person*

schriftlich über seine Entscheidung hinsichtlich der Ansprüche informiert.

17. Beendigung des Versicherungsschutzes

17.1 Automatische Beendigung

Der *Versicherungsvertrag* erlischt automatisch, wenn der Versicherungsschutz seit 2 (zwei) Jahren ununterbrochen ausgesetzt ist.

Der *Versicherungsvertrag* endet zudem automatisch in folgenden Fällen:

- a) bei Beendigung des *Gruppenvertrags* durch den *Versicherungsnehmer* oder durch den Versicherer,
- b) wenn die *versicherte Person* aus dem versicherbaren Personenkreis gemäß des Gruppenvertrages ausscheidet,
- c) wenn die *versicherte Person* ihren gewöhnlichen Wohnsitz in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in die Schweiz verlegt,
- d) mit dem Tod der *versicherten Person*,
- e) wenn der *Versicherungsvertrag* für nichtig erklärt wird.

Wenn der *Versicherungsvertrag* für mehrere *versicherte Personen* gilt und die Voraussetzungen für die Kündigung des *Versicherungsvertrags* nur für bestimmte *Versicherte* erfüllt sind, kann die Ausübung der vorgenannten Kündigungsrechte auf die betreffenden *versicherten Personen* beschränkt werden.

In den vorgenannten Fällen endet der Versicherungsschutz auch dann, wenn die Heilbehandlung noch nicht abgeschlossen ist.

17.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der *Versicherungsnehmer* kann den *Versicherungsvertrag* insgesamt oder für bestimmte *versicherte Personen* bei jeder Verlängerung des *Versicherungsvertrags*, nach Erhalt der Zahlungsmittelung des *Versicherers*, in der der *Versicherungsnehmer* über die Verlängerung des *Versicherungsvertrags*, die Fälligkeit der nächsten Prämie und sein Kündigungsrecht informiert wird, kündigen. Das entsprechende Kündigungsschreiben muss vom *Versicherungsnehmer* spätestens 30 (dreißig) Ka-

lendertage nach dem Postversanddatum (Poststempels) der vorgenannten Zahlungsmittelung an den *Versicherer* gesendet werden. Die Kündigung wird am zweiten Werktag nach dem Postversanddatum (Poststempels) des Kündigungsschreibens wirksam, frühestens jedoch zum Verlängerungsdatum des *Versicherungsvertrages*.

Werden die vorliegenden AVB nach deren Maßgabe angepasst, kann der *Versicherungsnehmer* den *Versicherungsvertrag* innerhalb von 1 (einem) Monat nach der Absendung des Mitteilungsschreibens des *Versicherers*, das den *Versicherungsnehmer* über die betreffende Änderung informiert, kündigen. Die Kündigung wird 1 (einen) Monat nach dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens, dem auf der Empfangsbestätigung des Kündigungsschreibens angegebenen Datum oder dem Tag nach der Übergabe des Kündigungsschreibens an die Post, je nachdem Fall welcher Fall zutrifft, wirksam.

Werden die Prämien gemäß den Bestimmungen des *Gruppenvertrages* erhöht, hat der *Versicherungsnehmer* das Recht, den *Versicherungsvertrag* innerhalb von 60 (sechzig) Tagen nach dem Postversanddatum (Poststempel) des Mitteilungsschreibens des *Versicherers*, in dem der *Versicherungsnehmer* über die entsprechende Prämienhöhung informiert wird, zu kündigen. Die Kündigung wird am zweiten Werktag nach dem Postversanddatum (Poststempel) des Kündigungsschreibens wirksam, frühestens jedoch zum Verlängerungsdatum des *Versicherungsvertrags*.

Kündigt der *Versicherungsnehmer* den gesamten *Versicherungsvertrag* oder kündigt er ihn für eine oder mehrere der *versicherten Personen*, so kann die *versicherte Person* den *Versicherungsvertrag* durch Benennung eines neuen *Versicherungsnehmers* verlängern, sofern diese Benennung dem *Versicherer* innerhalb von 2 (zwei) Monaten nach der betreffenden Kündigung erklärt wird. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der *Versicherungsnehmer* dem *Versicherer* nachweist, dass die betroffenen *versicherten Personen* über die Kündigung des *Versicherungsnehmers* informiert worden sind.

17.3 Kündigung durch den *Versicherer*

Unbeschadet anderer im *Versicherungsvertrag* vorgesehener Kündigungsgründe kann der *Versicherer* den *Versicherungsvertrag* mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn der *Versicherungsnehmer* oder eine *versicherte Person* Versicherungsleistungen in betrügerischer Weise erlangt oder zu erlangen versucht hat. Dieses Kündigungsrecht verfällt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt, an dem der *Versicherer* von den die Kündigung auslösenden Tatsachen Kenntnis erlangt hat, ausgeübt wird. Gilt der *Versicherungsvertrag* für mehrere *versicherte Personen* und sind die Voraussetzungen für die Kündigung des *Versicherungsvertrags* nur für bestimmte *versicherte Personen* erfüllt, kann die Ausübung der vorgenannten Kündigungsrechte auf die betreffenden *versicherten Personen* beschränkt werden.

17.4 Kündigungsformalitäten und -fristen

Die Kündigung des *Versicherungsvertrags* muss per Einschreiben („lettre recommandée“), per Zustellbestätigung („exploit d’huissier“) oder durch Übergabe des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung („remise de la lettre de résiliation contre récépissé“) erfolgen.

Sofern nichts anderes vorgesehen ist, wird die Kündigung nach Ablauf einer Frist von 1 (einem) Monat ab dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens, dem auf der Quittung des Kündigungsschreibens angegebenen Datum bzw. dem Tag nach der Übergabe des Kündigungsschreibens an die Post, wirksam.

17.5 Prämienерstattung bei Kündigung

Ungeachtet des Kündigungsgrundes sind die Prämien, die vom *Versicherungsnehmer* für die nach dem Wirksamwerden der Kündigung, laufende Versicherungsperiode gezahlt wurden, innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach dem Wirksamwerden der betreffenden Kündigung zu erstatten. Nach Ablauf der Frist von 30 (dreißig) Tagen fallen die gesetzlichen Zinsen an.

18. Nichtigkeit des *Versicherungsvertrages*

Wird ein bestimmtes Risiko im Rahmen einer oder mehrerer Versicherungspolice, einschließlich dieses *Versicherungsvertrages*, in betrügerischen Absich-

ten mit einer zu hohen Prämie versichert, so ist der *Versicherungsvertrag* nichtig. In diesem Fall kann der gutgläubige *Versicherer* die eingenommenen Prämien als Entschädigung des erlittenen Schadens behalten.

19. Gilt der Versicherungsschutz auch für Auslandsaufenthalte?

Der Versicherungsschutz gilt für Aufenthalte in allen Ländern der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) mit Ausnahme der Schweiz.

Kein Versicherungsschutz besteht für den dauerhaften oder vorübergehenden Aufenthalte in Ländern außerhalb der EU und des EWR oder in der Schweiz.

20. Kann die *versicherte Person* Auskünfte über Gutachten oder Stellungnahmen von Sachverständigen verlangen?

Der *Versicherer* kann Sachverständigengutachten in Auftrag geben, um seine Leistungspflicht gemäß dem *Versicherungsvertrag* zu überprüfen. Auf Verlangen der *versicherten Person* muss der *Versicherer* Auskunft über deren Inhalt erteilen. Zudem ist die *versicherte Person* dazu berechtigt, diese Unterlagen einzusehen.

Ist es aus rechtlichen oder therapeutischen Gründen nicht möglich, der *versicherten Person* Einsicht in die Inhalte der betreffenden Gutachten oder Stellungnahmen zu gewähren, kann der *Versicherer* die *versicherte Person* an den Arzt, den *medizinischen Leistungserbringer* oder den Rechtsanwalt verweisen, der das betreffende Gutachten oder die betreffende Stellungnahme erstellt hat.

Dieser Anspruch kann lediglich von der *versicherten Person* oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

21. Kann die *versicherte Person* ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Die *versicherte Person* kann ihren Leistungsanspruch nicht an Dritte verpfänden, übertragen oder abtreten.

22. Welche Folgen kann eine Obliegenheitsverletzung haben?

Hält der *Versicherungsnehmer* oder die *versicherte Person* die ihnen im Rahmen des *Versicherungsvertrags* auferlegten Obliegenheiten nicht ein, ist der *Versicherer* möglicherweise nicht verpflichtet *Leistungen* zu erbringen oder kann die *Leistungen* gemäß den Bedingungen des *Versicherungsvertrags* einschränken.

23. Haftungsbeschränkung

Der *Versicherer* haftet nicht für jegliche Verluste, Schäden, Ansprüche, Haftungen oder Kosten gegenüber dem *Versicherungsnehmer* oder der *versicherten Person*, die sich aus einer vom *Versicherer* vorgenommenen oder unterlassenen Handlung im Zusammenhang mit der Erbringung von *Leistungen* oder der Durchführung von Maßnahmen gemäß dem *Versicherungsvertrag* ergeben, sofern keine grobe Fahrlässigkeit (*faute lourde*) oder Vorsatzes (*dol*) des *Versicherers* vorliegt.

24. Lokale Gesetzgebung

Für den *Versicherungsnehmer* und/oder die *versicherte Person* können lokale Krankenversicherungsgesetze und Verpflichtungen bestehen. Der durch den *Versicherungsvertrag* gewährte Versicherungsschutz dient nicht dazu, derartige lokale Krankenversicherungsgesetze und -pflichten zu erfüllen und ist kein Ersatz für eine verpflichtende gesetzliche Krankenversicherung, die möglicherweise für den *Versicherungsnehmer* und/oder die *versicherte Person* besteht.

Der *Versicherungsnehmer* und die *versicherte Person* erkennen ausdrücklich an, akzeptieren und stimmen zu, dass der *Versicherer* für Verstöße gegen lokale Krankenversicherungsgesetze oder Verpflichtungen, denen der *Versicherungsnehmer* und/oder die *versicherte Person* unterliegen, nicht haftbar gemacht werden kann und erkennen ferner ausdrücklich an, akzeptieren und stimmen zu, den *Versicherer* gegen jede(n) direkte(n) oder indirekte(n) Verlust, Schaden, Kosten, Sanktionen, Gebühren oder anderen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit solchen lokalen Krankenversicherungsgesetzen oder Verpflichtungen entstehen, zu entschädigen und schadlos zu halten.

Der *Versicherungsnehmer* und die *versicherte Person* verpflichten sich, sicherzustellen und zu prüfen, dass der Abschluss des *Versicherungsvertrages* allen gesetzlichen Anforderungen, denen sie unterliegen, erfüllt.

25. Höhere Gewalt

Der *Versicherer* haftet nicht für ergriffene Maßnahmen oder für die Unterlassung von Handlungen, die in Erfüllung seiner Verpflichtungen oder in Ausübung seiner Rechte aus dem *Versicherungsvertrag* entstehen, wenn und soweit eine solche Handlung oder ein solches Versäumnis aus Ereignissen resultiert, die außerhalb der Kontrolle des *Versicherers* liegen (Höhere Gewalt), einschließlich, aber nicht beschränkt auf innere Unruhen oder Arbeitsniederlegungen, Krieg, Aufruhr, Bürgerkrieg, zivile oder militärische Konflikte, Sabotage, Arbeitsunruhen, Streik, Aussperrung, Feuer, Überschwemmung oder Wasserschäden, höhere Gewalt, Handlungen staatlicher Behörden oder Androhung solcher Handlungen der Behörde (*de jure* oder *de facto*), rechtlicher Zwang, Betrug oder Fälschung, *Unfall*, Explosion, mechanische Ausfall, Computer- oder Systemausfall, Ausfall von Ausrüstung, Ausfall oder Störung von Kommunikationsmitteln/ Medien oder Unterbrechung der Stromversorgung, lokale oder ausländische Gesetze, Gerichtsverfahren, Dekrete, Vorschriften, Anordnungen oder andere Maßnahmen einer lokalen oder ausländischen Regierung, Behörde, eines Gerichts, einer Selbstregulierungsorganisation, einer staatlichen Behörde oder eines staatlichen Organs.

26. Rechtsstreitigkeiten

Im Falle von Unstimmigkeiten hinsichtlich des *Versicherungsvertrags* ist der *Versicherungsnehmer* verpflichtet, eine schriftliche Beschwerde an eine der folgenden Adresse zu richten:

- a) Geschäftsführung,
Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg
Telefon: +352 270 444 1016
Telefax: +352 270 444 3599
E-mail: feedback@globality-health.com
Internet : www.globality-health.com

- b) oder an den Ombudsmann für Versicherungen, zu Händen der Association des Compagnies d'Assurances et de Réassurances du Grand-Duché de Luxembourg (Verband der *Versicherer* und Rückversicherer in Luxemburg), 12 rue Erasme, L-1468 Luxembourg,
- c) oder an den Verbraucher-Ombudsmann, Union Luxembourgeoise des Consommateurs (Luxemburger Verbraucherschutzverband), 55 rue des Bruyères, L-1274 Howald,
- d) oder an den Mediator für Verbrauchergeschäfte, Service National du Médiateur de la Consommation, 6 rue du Palais de Justice L-1841 Luxembourg,
- e) oder an die luxemburgische Versicherungsaufsicht, Commissariat aux Assurances, 11 Rue Robert Stumper, L-2557 Gasperich Luxembourg. Die Eröffnung eines Beschwerdeverfahrens über das Commissariat aux Assurances ist an die Bedingung geknüpft, dass die Beschwerde zuvor vom *Versicherer* bearbeitet worden ist.

Dies gilt zusätzlich zu dem Recht des *Versicherungsnehmers*, gerichtliche Schritte einzuleiten. Weitere Einzelheiten über das Verfahren zur außergerichtlichen Beilegung von Beschwerden finden Sie unter „Meine Globality“ auf der Website des *Versicherers*.

27. Anzeigen

Alle Mitteilungen des *Versicherers* an den *Versicherungsnehmer* gelten als erfolgt, sofern sie per Post an die letzte bekannte Adresse des *Versicherungsnehmers*, die in den Unterlagen des *Versicherers* hinterlegt ist, gesendet werden.

Mitteilungen des *Versicherers* an den *Versicherungsnehmer* gelten dem *Versicherungsnehmer* gegenüber 10 (zehn) Kalendertage nach dem Postversanddatum (Poststempels) als zugegangen.

Mitteilungen an den *Versicherer* sind an den Sitz des *Versicherers*, dessen Anschrift in diesen *Allgemeinen Geschäftsbedingungen* angegeben ist, zu richten.

28. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Der *Versicherungsvertrag* unterliegt luxemburgischem Recht und ist nach luxemburgischem Recht auszulegen. Angelegenheiten, die im *Versicherungsvertrag* nicht ausdrücklich geregelt sind, richten sich nach den geltenden Bestimmungen des luxemburgischen Rechts.

Für alle Streitigkeiten, die sich aus oder im Zusammenhang mit dem *Versicherungsvertrag* ergeben, sind ausschließlich die Gerichte in Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg, zuständig, sofern die Anwendung der einschlägigen europäischen Verordnungen oder internationalen Verträge bzw. Abkommen dem nicht entgegensteht.

Für alle Ansprüche, die sich aus unerlaubten Handlungen des *Versicherers* ergeben, sind ausschließlich die Gerichte in Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg, zuständig.

29. Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der *Versicherer* kann die *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* ergänzen oder ändern. Der *Versicherer* informiert den *Versicherungsnehmer* schriftlich über die beabsichtigten Ergänzungen oder Änderungen mindestens 3 (drei) Monate vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Die Ergänzungen oder Änderungen der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* werden ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres gültig.

Stimmt der *Versicherungsnehmer* der vorgeschlagenen Ergänzung oder Änderung der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* nicht zu, kann er den *Versicherungsvertrag* durch schriftliche Mitteilung per Einschreiben an den *Versicherer* innerhalb von 2 (zwei) Monaten nach Erhalt des Mitteilungsschreibens kündigen. Der *Versicherungsvertrag* endet in diesem Fall zu dem Zeitpunkt, an dem die Änderung in Kraft getreten wäre.

Erhält der *Versicherer* keinen Widerspruch des *Versicherungsnehmers* gegen die vorgeschlagenen Ergänzungen oder Änderungen der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* innerhalb der vorgenannten Frist von 3 (drei) Monaten, gilt dies als stillschweigende Annahme der Ergänzungen und Änderungen durch den *Versicherungsnehmer*.

30. Änderung der Vertragsdaten

Willenserklärungen, Umwandlungen und Anzeigen, die den *Versicherungsvertrag* betreffend sowie jede Änderung der Kontaktdaten des *Versicherungsnehmers* oder der *versicherten Person* sind stets unverzüglich schriftlich an den *Versicherer* zu richten.

Alle Informationen, die der *Versicherer* dem *Versicherungsnehmer* im Rahmen des *Versicherungsvertrags* bereitgestellt hat, gelten weiterhin, sofern nichts anderes angegeben ist.

Der *Versicherer* haftet nicht für Schäden, die sich daraus ergeben.

30.1. Neue Adresse oder neuer Name

Der *Versicherungsnehmer* und/oder die *versicherte Person* müssen dem *Versicherer* ihre neue Anschrift oder ihren neuen Namen unverzüglich mitteilen, um zu vermeiden, dass wichtige Mitteilungen des *Versicherers* nicht oder nicht rechtzeitig zugestellt werden.

30.2 Neue Bankverbindung

Die *versicherte Person* muss dem *Versicherer* ihre neue Bankverbindung unverzüglich mitteilen, damit Zahlungen des *Versicherers* auf das richtige Konto überwiesen werden.

30.3 Änderung der Kreditkartendaten

Der *Versicherungsnehmer* muss dem *Versicherer* die neuen Kreditkartendaten mitteilen, woraufhin der *Versicherer* ihm einen neuen Zahlungslink zur Aktualisierung der Daten zuschicken wird.

31. Sprache und Kommunikation

Der *Versicherungsnehmer* und die *versicherte Person* verlangen ausdrücklich, dass diese *AVB*, der *Versicherungsvertrag* und alle unterstützenden Dokumente und Informationen dem *Versicherungsnehmer* und der *versicherten Person* in englischer oder deutscher Sprache zur Verfügung gestellt werden, sofern im *Gruppenvertrag* nichts anderes festgelegt wurde.

Die Korrespondenz und alle anderen Arten der Kommunikation zwischen dem *Versicherer*, dem *Versicherungsnehmer* und der *versicherten Person* erfolgen in

englischer, deutscher, französischer oder spanischer Sprache, sofern im *Gruppenvertrag* nichts anderes festgelegt wurde.

Der *Versicherungsnehmer* und die *versicherte Person* bestätigen ausdrücklich, dass sie die im *Gruppenvertrag* gewählte(n) Sprache(n) vollständig verstehen.

32. Bericht über Solvabilität und Finanzlage

Der Bericht über die Solvabilität und Finanzlage des *Versicherers* ist auf der Website des *Versicherers* unter folgender Adresse verfügbar: www.globality-health.com/imprint/

33. Garantiefonds

Nach luxemburgischem Recht unterliegen die *Leistungen* aus dem *Versicherungsvertrag* nicht einem speziellen gesetzlichen Garantiefonds. Alle Ansprüche auf die Zahlung von *Leistungen*, die sich aus dem *Versicherungsvertrag* ergeben, sind jedoch durch das Sicherheitsdreieck (*triangle de sécurité*) geschützt, das sich durch die luxemburgischen Rechtsvorschriften über die Hinterlegung der versicherungstechnischen Rückstellungen, die Aufsicht durch das Commissariat aux Assurances und die geltenden gesetzlichen Pfandrechte (*privileges*) ergibt.

34. Berufsgeheimnis, Auftragsverarbeitung und Auftragsverarbeitung an Cloud Computing-Dienstleister

Der *Versicherer* legt großen Wert auf die Wahrung des Berufsgeheimnisses und der Vertraulichkeit der Daten seiner Kunden und verpflichtet sich, jederzeit alle notwendigen und erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die Vertraulichkeit der Daten nach höchsten Qualitätsnormen und in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften zu gewährleisten.

Um eine optimale Dienstleistung, die hohen Qualitätsnormen entspricht, zu erbringen, und seinen Kunden die fortschrittlichsten Technologien zur Verfügung zu stellen, kann der *Versicherer* externe Dienstleister, Unterlieferanten und Technologien einsetzen, die Cloud Computing nutzen. In jedem Fall werden die übermittelten Daten nach hohen Sicherheitsstandards und in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften, einschließlich der Bestimmungen der DSGVO, geschützt.

Wenn die Übermittlung von Daten, die durch das Berufsgeheimnis in Versicherungsangelegenheiten geschützt sind, im Rahmen der Vergabe von Unteraufträgen erfolgt und Technologien, die Cloud Computing nutzen, auf Initiative des *Versicherers* im Sinne von Artikel 300 Absatz 2 des geänderten Gesetzes vom 7. Dezember 2015 mit einem anderen als dem in diesem Artikel 300 genannten Drittdienstleister eingerichtet werden, stimmt der *Versicherungsnehmer* ausdrücklich jeder Auftragsverarbeitung, einschließlich Cloud Computing, zu.

Der *Versicherungsnehmer* kann die Details dieser Auftragsverarbeitung (Unterauftragstabelle) jederzeit unter dem Link <https://www.foyer.lu/de/transparency> abrufen. Der *Versicherungsnehmer* kann auch eine gedruckte Kopie der Unterauftragstabelle anfordern.

Der *Versicherungsnehmer* findet in der Unterauftragstabelle das Vorhandensein laufender Auftragsverarbeitung, die Art der übermittelten Informationen und das Land, in dem der Dienstleister ansässig ist. Sollte dieser Dienstleister keiner Verpflichtung zur Wahrung des Berufsgeheimnisses unterliegen, die mit der Verpflichtung des *Versicherers* vergleichbar ist, verpflichtet sich der *Versicherer* mit dem betreffenden Dienstleister eine Vertraulichkeitsvereinbarung abzuschließen, um ihm die Erfüllung einer Geheimhaltungsverpflichtung im Rahmen der betroffenen Auftragsverarbeitung aufzuerlegen.

Im Falle einer Änderung der Unterauftragstabelle (Beispiele: Hinzufügung eines Unterlieferanten, Einsatz von Cloud Computing) wird der *Versicherungsnehmer* per E-Mail und/oder in seinem Kundenbereich und/oder auf andere geeignete Weise (Beispiele: Fälligkeitsmitteilung) wirksam über die Änderung informiert.

Hat der *Versicherungsnehmer* innerhalb von zwei Monaten nach einer Änderung der Unterauftragstabelle nicht schriftlich widersprochen, so wird davon ausgegangen, dass er der betreffenden Auftragsverarbeitung unwiderruflich zugestimmt hat. Im Falle eines Widerspruchs des *Versicherungsnehmers* muss dieser dem *Versicherer* per Einschreiben mitgeteilt werden. Dies gilt als Kündigung erst zum nächsten Fälligkeitsdatum.

Wenn der *Versicherungsvertrag* nicht jährlich gekündigt werden kann, gilt die Zustimmung des *Versicherungsnehmers* ausnahmsweise für die gesamte Dauer des *Versicherungsvertrages*, einschließlich etwaiger nachträglicher Änderungen.

Der *Versicherungsnehmer* wird hierüber ordnungsgemäß unterrichtet

- Wenn er einer Änderung der Unterauftragstabelle widerspricht, hat dieser Widerspruch Auswirkungen auf die optimale Verwaltung des *Versicherungsvertrags* und auf das Niveau der erbrachten Dienstleistung, so dass der Widerspruch als Kündigung zum nächsten Fälligkeitsdatum gilt.
- Wenn er mehrere *Versicherungsverträge* mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen hat, muss der *Versicherungsnehmer* einen Widerspruch pro *Versicherungsvertrag* einreichen.

35. Datenschutz

Gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten (DSGVO) und gemäß dem Gesetz vom 1. August 2018 zur Einsetzung der Nationalen Datenschutzkommission und zur Umsetzung der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr, sammelt, erfasst, speichert und verarbeitet der *Versicherer* als Datenverantwortlicher die Daten, die der *Versicherungsnehmer* und die Versicherten ihr zur Verfügung gestellt haben, sowie die Daten, die sie später zur Verfügung stellen werden, um Risiken einzuschätzen, die *Versicherungsverträge* vorzubereiten, aufzusetzen, zu verwalten, auszuführen, etwaige Schadenfälle zu regulieren und Betrug zu verhindern.

Die besonderen Kategorien der gesundheitsbezogenen personenbezogenen Daten werden vom *Versicherer* ausschließlich im Rahmen des Zwecks von Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g der DSGVO auf der Grundlage des Unionsrechts oder auf der Grundlage einer vorherigen ausdrücklichen Einwilligung des Versicherten verarbeitet, sofern keine spezifische gesetzliche Grundlage oder

gesetzliche Ausnahmen wie die Wahrung unabdingbarer Interessen oder die Wahrung eines berechtigten Interesses vorliegen.

Personenbezogene Daten werden ohne die ausdrückliche Zustimmung der betroffenen Personen, die ein Widerrufsrecht behalten, nicht zu kommerziellen Zwecken verarbeitet. Der Datenverantwortliche ist der *Versicherer*.

Er kann diese Daten an Dritte, insbesondere an den Rückversicherer, an Vertrauensärzte, Rechtsanwälte oder andere Dienstleister, sowie im Rahmen gesetzlicher und aufsichtsrechtlicher Verpflichtungen weitergeben. Die Übermittlung erfolgt zu den Bedingungen von Artikel 300 des Gesetzes vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor.

Die betroffenen Personen haben ein Recht auf Zugang, Berichtigung, Einschränkung, Löschung (innerhalb der gesetzlichen Grenzen) und Übertragbarkeit ihrer Daten, das sie durch schriftlichen Antrag mithilfe des auf der Website des Datenverantwortlichen verfügbaren Formulars ausüben können.

Die Dauer der Speicherung dieser Daten ist auf die Dauer des *Versicherungsvertrags* und die seitens des *Versicherers* zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen hinsichtlich der Verjährungsfristen oder anderer gesetzlicher Auflagen erforderliche Dauer beschränkt.

Der *Versicherer* hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt, der per Post unter der Anschrift des Datenverantwortlichen oder per E-Mail an bc-dataprotectionfgh@foyer.lu zu erreichen ist.

Glossar

Allgemeine Versicherungsbedingungen:

Die vorliegenden Bedingungen, die die durch den *Versicherer* versicherten Risiken, definieren.

Arzneimittel:

Wirkstoffe, die allein oder in Verbindung mit anderen Stoffen oder Substanzen zur Diagnose oder Behandlung von *Krankheiten*, körperlichen Leiden, körperlichen Verletzungen oder pathologischen Beschwerden verwendet werden.

Lebensmittel, Kosmetika und Körperpflegemittel gelten nicht als *Arzneimittel*.

Arzneimittel müssen von einem *Arzt* verschrieben und in einer Apotheke bezogen werden.

Arzneimittel werden gemeinhin auch bezeichnet als: „Medikamente“; „Pharmazeutikum“.

Arzt:

Ein Mediziner (Allgemeinmediziner oder Facharzt) oder Inhaber eines medizinischen Diploms, der in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, gesetzlich anerkannt und berechtigt ist, eine ärztliche Heilbehandlung durchzuführen.

Im Rahmen dieses *Versicherungsvertrages* umfasst der entsprechende Begriff auch Zahnärzte, Heilpraktiker sowie Therapeuten, die in dem Land der Behandlung lizenziert und/oder als solche anerkannt sind.

Die *versicherte Person* kann jeden *Arzt* frei wählen, der die oben genannten Kriterien erfüllt.

Datum des Inkrafttretens:

Das Datum, an dem der *Versicherungsvertrag* und die darin vorgesehenen *Leistungen* („Garantie“) in Kraft treten, d.h. das im *Versicherungsausweis* angegebene Datum und die Uhrzeit oder das Datum der Zahlung der ersten Versicherungsprämie, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt, unbeschadet etwaiger Wartezeiten.

Globality Service Card:

Das vom *Versicherer* an die *versicherte Person* ausgestellte Dokument, das die individuelle Versicherungsnummer und die entsprechenden Angaben zur Kontaktaufnahme mit dem *Versicherer* beinhaltet.

Glossar:

Das vorliegende *Glossar* definierter Begriffe, welches ein integraler Bestandteil der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* ist.

Gruppenvertrag:

Der Globality Xtend – Internationale Betriebliche Krankenversicherungs-*Gruppenvertrag*, der zwischen dem *Versicherer* und dem *Versicherungsnehmer* abgeschlossen wurde.

ICD-Codes:

ICD steht für International Classification of Diseases und ist ein internationales System zur Kodierung und Klassifizierung aller bekannten Diagnosen.

Körperliche Verletzung/Unfall:

Ein plötzliches Ereignis, das die *versicherte Person* betrifft, sich ihrer Kontrolle entzieht, zu Verletzungen des Körpers führt, dessen Ursache außerhalb des Körpers der *versicherten Person* liegt und dessen Symptome von einem *medizinischen Leistungserbringer* objektiv festgestellt werden können, um eine Diagnose zu stellen und eine *medizinische Heilbehandlung* durchzuführen.

Krankheit:

Die Verschlechterung des körperlichen oder geistigen Gesundheitszustandes der *versicherten Person*, deren Ursprung und Symptome von einem *medizinischen Leistungserbringer* objektiv festgestellt werden können, um eine Diagnose zu stellen und eine notwendige Behandlung durchzuführen; die Verschlechterung darf jedoch nicht auf eine *körperliche Verletzung* zurückzuführen sein.

Leistungen:

Die Erstattung von krankheitsbedingten Kosten und Auslagen durch den *Versicherer* an die *versicherten Person* nach einem vertraglich versicherten *Versicherungsfall*.

Leistungsantrag/Versicherungsfall:

Medizinische Heilbehandlung einer *versicherten Person* infolge einer *Krankheit* oder *körperlichen Verletzung*, die von einem *medizinischen Leistungserbringer* verordnet und durchgeführt wird. Die folgenden Ereignisse gelten ebenfalls als versichert:

- *körperliche Verletzungen,*
- *Krankheiten,*
- Routinemäßige Gesundheitsuntersuchungen und Schutzimpfungen,
- Schwangerschaft und Entbindung,
- Professionelle Zahnreinigung.

Medizinische Heilbehandlung:

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die als medizinische *Leistungen* gelten und ärztliche Beratungen, Hilfsmittel und Eingriffe sowie *Arznei- und Verbandmittel* einschließen. Diese dienen der Erkennung, der Linderung oder der Heilung einer *Krankheit* bzw. *körperlichen Verletzung* und werden auf Grundlage objektiver medizinischer Befunde und wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Behandlung als medizinisch notwendig angesehen oder sind zur Durchführung von routinemäßigen Gesundheitsuntersuchungen, Schutzimpfungen, medizinische *Leistungen* während der Schwangerschaft und bei der Entbindung sowie für professionelle Zahnreinigungen notwendig.

Medizinischer Leistungserbringer:

Eine Person, die zur Ausübung des Arztberufs aufgrund eines anerkannten und offiziellen medizinischen Abschlusses befugt ist. Er/Sie kann eine Diagnose im Zusammenhang mit einer *Krankheit* und/oder einer *körperlichen Verletzung* stellen.

Tarif:

Der mit dem *Versicherungsnehmer* und der *versicherten Person* vereinbarte *Globality Xtend Tarif*, der den Umfang des gewährten Versicherungsschutzes gemäß *Versicherungsvertrag* beschreibt.

Verbände:

Sterile Materialien oder Substanzen, die auf eine Wunde oder Verletzung aufgetragen werden, um sie zu schützen, die Heilung zu fördern und Infektionen zu verhindern.

Versicherer:

Der den *Versicherungsvertrag* zeichnende *Versicherer* ist Foyer Global Health S.A., eine Krankenversicherungsgesellschaft mit der Rechtsform einer Aktiengesellschaft (*société anonyme*), die ihren Firmensitz in 12, Rue Léon Laval L-3372 Leudelange hat, unter der Nr. B134.471 im Luxemburger Handels- und Gesellschaftsregister eingetragen ist und

unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxemburg; +352226911-1; caa@caa.lu) steht.

Versicherte Person/Versicherter:

Die gemäß *Gruppenvertrag* benannte und eingetragene Person, die im Rahmen des *Versicherungsvertrages* versichert ist.

Versicherungsausweis:

Auf den Namen des *Versicherungsnehmers* und der *versicherten Person* ausgestellte *Globality Xtend Versicherungsausweis*. Der *Versicherungsausweis* bestätigt den Umfang und das *Datum des Inkrafttretens* des Versicherungsschutzes gemäß *Versicherungsvertrag*.

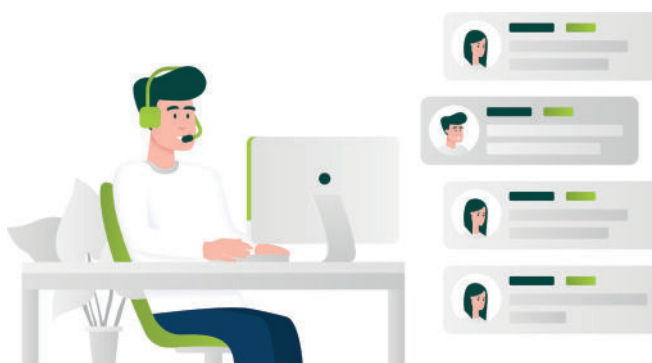
Versicherungsnehmer:

Die juristische Person, die den *Versicherungsvertrag* abschließt.

Versicherungsvertrag:

Die vertraglichen Rahmenbedingungen der Krankenversicherung, die durch die *AVB*, sowie das vorliegende *Glossar*, den *Gruppenvertrag*, den *Versicherungsausweis*, sowie alle späteren schriftlichen Vereinbarungen zwischen dem *Versicherer*, dem *Versicherungsnehmer* und ggf. der *versicherten Person* gebildet werden.

Kontaktmöglichkeiten



Im Falle von Fragen zu den *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* oder den Produkten:

Telefonisch
Montags bis freitags: 08:00 bis 17:00 (MEZ)

Telefon +352 270 444 10 16
Fax +352 270 444 35 99

Oder per E-Mail an:
central@globalities.com

Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg

www.globality-health.com
R.C.S. Luxembourg B 134.471