



Lifecard
Travel
Assistance



wahlweise
einzeln oder mit-
einander kombinierbar:
Reise-Kranken-, Storno-,
Abbruch-, Unfall- und
Haftpflicht-Ver-
sicherung

Jahresreiseschutz *Flexible*

Flexibler geht's nicht: Gestalten Sie Ihren individuellen Versicherungsschutz



Informationen zu den Reiseversicherungsbedingungen

Sehr geehrte LTA Kunden,
in dieser Broschüre haben wir alle Informationen (inklusive Versicherungsbedingungen) zu dem LTA-Jahrestarif **Flexible** zusammengestellt. Bitte beachten Sie unbedingt die nachstehend aufgeführten Servicenummern und Hinweise im medizinischen Schadenfall.

**Bei Fragen zum Kundenservice und
zur Schadenmeldung/-bearbeitung
Service-Nummer: +43 (0) 662 876402**

**Storno-Beratungsservice
Telefon: +43 (0) 662 872926**

**In Notfällen 24-Stunden-Notrufnummer
Telefon: +43 (0) 662 872924**

Lifecard Travel Assistance GmbH
Franz-Josef-Straße 20, A-5020 Salzburg
Telefon: +43 (0) 662 876402, Fax: +43 (0) 662 876944
E-Mail info@lta-reiseschutz.at, www.lta-reiseschutz.at

Geschäftsführer: Dr. Michael Dorka, Petra Ulrich
FN 295039g, Handelsgericht Salzburg
Gerichtsstand ist Salzburg

Inhaltsverzeichnis Jahresreiseschutz **Flexible**

Wichtige Mitteilung zur Kostenerstattung von Auslands-Heilbehandlungen	S. 4
Beschreibung des Versicherungsschutzes	S. 12
Selbstbehalte	S. 12
Hinweise auf Leistungs- und Risikoausschlüsse	S. 13
Wichtige Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz	S. 15
Wichtige Hinweise zur Vertragslaufzeit und Beitragszahlung	S. 16
Tarif- und Verbraucher-Informationen	S. 16
Allg. Vertragsinformationen, Versicherungsbedingungen	S. 21
Auslandsreise-Krankenversicherung	S. 37
inklusive Inlandsreise-Rückholkosten	
inklusive Auslandsreise-Rückholkosten	
Reise-Stornokosten-Versicherung	S. 44
Reise-Ausfallschutz (Reiseabbruchkosten-Versicherung)	S. 48
Umbuchungsgebühren-Versicherung	S. 50
Reise-Unfallversicherung	S. 51
Private Reise-Haftpflichtversicherung	S. 58
Merkblatt zur Datenverarbeitung	S. 65



Wichtige Mitteilung zur Kostenerstattung von Auslands-Heilbehandlungen

Bitte beachten Sie die nachstehenden Verhaltensregeln bei Eintritt eines Schadensfalles, damit Sie Ihren vollumfänglichen Versicherungsschutz nicht gefährden.

Stellen Sie bitte umgehend persönlich oder durch Ihre Reisebegleitung Kontakt zum Reisehausarzt her (*siehe medizinische Rufnummer unten*), wenn Sie sich in eine medizinische Behandlung vor Ort begeben müssen, damit nicht unnötige Behandlungsmaßnahmen und Kosten entstehen. Schildern Sie alle Einzelheiten von einem Umstand, der eine Leistungspflicht zur Folge haben könnte, und folgen Sie den Anweisungen des Reisehausarztes. Halten Sie den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.

Medizinische Rufnummer zu jeder Tages- und Nachtzeit:

Telefon: +43 (0) 662 872924

Verletzen Sie eine dieser Verhaltensregeln (Obliegenheiten) grob fahrlässig, ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnisses zu kürzen. Dieses könnte zur Folge haben, dass bei Heilbehandlungen oder sonstigen Maßnahmen, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen, sowie für Übermaßberechnungen und wucherische Rechnungsstellungen, die Erstattung der Heilbehandlungskosten vom Versicherer reduziert wird.

Ergänzend für alle Nord-, Mittel- und Südamerika-Reisenden

Wenn Sie in die USA, nach Kanada, in die Karibik oder in die Südamerikanischen Staaten verreisen, beachten Sie bitte **unbedingt** folgende Punkte:

- Sobald Krankheitssymptome auftreten oder Sie einen Unfall erlitten haben, melden Sie sich bitte umgehend bei unserem Ärzteteam, damit Ihnen ein qualifizierter Arzt vor Ort genannt oder zu Ihnen geschickt werden kann.

- Geben Sie auch bei ambulanten Behandlungen keine Zahlungsanerkennung ab, bevor unser Ärzteteam die in Rechnung gestellten Positionen geprüft hat.
- Geben Sie bei stationärem Spitalaufenthalt, Arztbesuch in einer Praxis oder bei Arztbesuch in Ihrem Hotel **auf keinen Fall die Daten Ihrer Kredit- oder sonstigen Zahlkarte heraus**, da unsere Ärzte verbindliche Kostenübernahmeerklärungen an die Behandler abgeben.
- Sollten Sie zu Abschlagszahlungen oder schriftlichen Zahlungsverpflichtungen gedrängt oder genötigt werden, schildern Sie dieses bitte umgehend unserem Ärzteteam, damit der Sachverhalt geklärt werden kann.

Rufnummern aus dem Ausland

USA, Kanada, Bahamas, Dominik. Republik, Jamaika, Barbados, Antigua, St. Lucia, Puerto Rico, Brasilien

Telefon: 0 11 43 662 872924

Kuba, Costa Rica, Panama, Nicaragua, Haiti, Südamerika (außer Brasilien)

Telefon: 0043 662 872924

Mexiko

Telefon: 98 43 662 872924

Tobago, Trinidad

Telefon: 01 43 662 872924

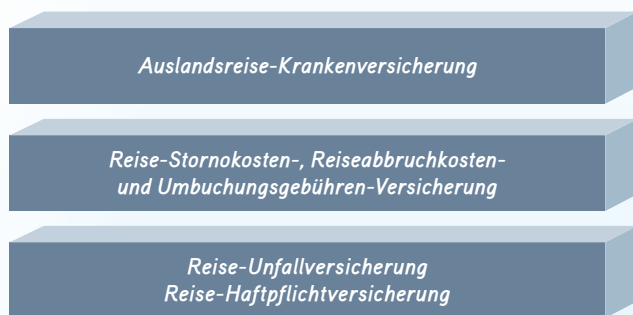
Guadaloupe, Martinique, Reunion

Telefon: 19 43 662 872924

Der Jahresreisetarif *Flexible*

Mit unserem Jahrestarif *Flexible* haben Sie alle Möglichkeiten, Ihre Reisen ein ganzes Jahr lang zu versichern. Ob Sie dabei nur Ihre Reisekosten erstattet bekommen oder im Urlaub auch unfallversichert sein wollen, mit unseren Tarif-Bausteinen können Sie sowohl Einzelleistungen buchen oder auch Ihren Reiseschutz beliebig frei kombinieren. Und das Ganze zu einem sehr günstigen Preis-Leistungs-Verhältnis.

Aus diesen Bausteinen können Sie auswählen:



Die einzelnen Bausteine des von Ihnen gewählten Jahresreisetarifes *Flexible* gelten weltweit für gebuchte Reisen – ganz gleich, ob Sie diese mit dem Auto, mit dem Reisebus, mit der Bahn, mit dem Flugzeug oder mit dem Schiff unternehmen. Der Versicherungsschutz gilt grundsätzlich:

- für die ersten 42 Tage einer Auslandsreise aus privatem Anlass und für Auslands-Kurzreisen bis zu maximal 7 Tage aus geschäftlichem Anlass.
- für die ersten 32 Tage einer Inlandsreise aus privatem Anlass



Auslandsreise-Krankenversicherung	
Einzelperson/ Alleinerziehende	Partner/Familie
44 Euro	99 Euro

bis Vollendung des 70. Lebensjahres ohne Selbstbehalt,
nach Vollendung des 70. Lebensjahres mit Selbstbehalt
(in Höhe von 100 Euro je Schaden)

Reise-Stornokosten-, Reiseabbruchkosten- und Umbuchungsgebühren-Versicherung	
Einzelperson/ Alleinerziehende	Partner/Familie
145 Euro	205 Euro

bis Vollendung des 70. Lebensjahres ohne Selbstbehalt,
nach Vollendung des 70. Lebensjahres mit Selbstbehalt
(nur im Falle einer unerwartet schweren Erkrankungen 20 %)

Reise-Unfallversicherung und Reise-Haftpflichtversicherung	
Einzelperson/ Alleinerziehende	Partner/Familie
34 Euro	59 Euro

ohne Selbstbehalt

Die nachfolgenden Tarif- und Verbraucherinformationen beinhalten alle wichtigen Daten zu Ihrem Versicherungsschutz. Bitte nehmen Sie diese Broschüre daher mit zu Ihren Reiseunterlagen und bewahren diese sorgfältig auf.

Mit der Bestätigung des von Ihnen vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrages wird diese Broschüre zum Versicherungsdokument.

1. Jahres-Reiseschutz zu besten Konditionen

Bei Urlaubs- und Geschäftsreisen sowie bei Ausflügen und sportlichen Freizeittouren inklusive Individualleistungen.

2. Unabhängig vom Verkehrsmittel

Sei es mit dem Auto, der Bahn, dem Bus, dem Flugzeug oder dem Schiff (ohne Aufpreis).

3. Familienschutz und Individualschutz

Jedes mitversicherte Familienmitglied ist individuell versichert, unabhängig wann, wohin und wie oft ein Familienmitglied reist.

- Beim **Einzeltarif** (Einzelperson/Alleinerziehende) gelten bis zu drei mitreisende Kinder unter 18 Jahren bzw. unter 23 Jahren, wenn keine auf Dauer angelegte, berufliche Tätigkeit ausgeübt wird, unabhängig vom Verwandtschaftsgrad und vom Wohnsitz, als mitversichert.
- Beim **Partnertarif** (Lebensgemeinschaft) sind zwei Erwachsene unabhängig vom Verwandtschaftsgrad und vom Wohnsitz versichert.
- Beim **Familientarif** sind maximal zwei Erwachsene und maximal fünf mitreisende Kinder unter 18 Jahren bzw. 23 Jahren, wenn keine auf Dauer angelegte, berufliche Tätigkeit ausgeübt wird, unabhängig vom Verwandtschaftsgrad und vom Wohnsitz, versichert.

4. Auslandsreise-Krankenversicherung ohne Selbstbehalt/ab 70 Jahren 100 Euro je Schaden

- Medizinische Notrufnummer zu jeder Tages- und Nachtzeit
- inklusive Auslandsreise-Rückholkosten**
- Bis zu 100.000 Euro je Person/je Reise
- inklusive Inlandsreise-Rückholkosten**
- Bis zu 10.000 Euro je Person/je Reise

Heilbehandlung

Versichert ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung für Erkrankungen und Unfälle, die innerhalb der versicherten Auslandsreise eingetreten sind. Der Versicherer erstattet u.a. die Kosten für ambulante oder stationäre Heilbehandlungen oder verordnete Arzneimittel. Dazu zählen zum Beispiel Behandlungen beim Arzt, im Spital oder verordnete Arzneimittel.

Krankentransport Ausland

Es werden die Kosten für folgende, medizinisch sinnvolle und ver-

treibbare Leistungen erstattet, die aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung während einer Reise im Ausland der versicherten Person entstehen:

- Krankentransporte (Ambulanz- oder Luftfahrzeug) in das nächste für die Behandlung geeignete Spital oder zu einer Spezialklinik.
- Verlegungstransporte von Spital zu Spital im Ausland.
- Kosten des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes vom Aufenthaltsort der stationären Behandlung im Ausland zum Wohnsitz der versicherten Person im Heimatland oder in das dem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Spital im Heimatland.
- Im Todesfall Überführung oder Bestattung vor Ort.
- Die Versicherungssumme beträgt maximal 100.000 Euro je Versicherungsfall. Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze bis zu maximal 5.000 Euro je Versicherungsfall. Übernahme der Fahrt- bzw. Flugkosten (Economy Class) für eine einmalige Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Spitalaufenthaltes und zurück bis zu 2.500 Euro.

Die Entscheidung, ob die versicherte Person zu Lande oder in einem Luftfahrzeug transportiert wird, übernimmt der als Assistent beauftragte Arzt für Reisemedizin in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt vor Ort.

Krankentransport Inland

Es werden die Kosten für folgende, medizinisch sinnvolle und vertretbare Leistungen erstattet, die aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung während einer Reise im Inland der versicherten Person entstehen:

- Verlegungstransporte von Spital zu Spital im Inland.
- Kosten des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes vom Aufenthaltsort der stationären Behandlung im Inland zum Wohnsitz der versicherten Person im Inland oder in das dem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Spital im Inland.
- Überführungen oder Bestattungen vor Ort im Todesfall.
- Die Versicherungssumme beträgt maximal 10.000 Euro je Versicherungsfall. Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze bis zu maximal 5.000 Euro je Versicherungsfall.

Die Entscheidung, ob die versicherte Person zu Lande oder in einem Luftfahrzeug transportiert wird, übernimmt der als Assistent beauftragte Arzt für Reisemedizin in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt vor Ort.

5. Reise-Stornokosten-Versicherung

inklusive Reise-Ausfallschutz (Abbruchkosten-Versicherung)

- Höhe der Versicherungssumme:
 - 5.000 Euro je Einzelvertrag/je Reise
 - 10.000 Euro je Partner-/Familienvvertrag/je Reise*Eine Höherversicherung ist auf Anfrage und gegen Aufpreis möglich.*
- Kein Selbstbehalt bis Vollendung des 70. Lebensjahres
- Selbstbehalt von 20 % des erstattungsfähigen Betrages ab 70 Jahren (nur bei unerwartet schweren Erkrankungen)

Versichert sind die Kosten, die anfallen, wenn Sie Ihre Reise aufgrund eines versicherten Ereignisses nicht antreten können. Zu den versicherten Ereignissen zählen u.a. unerwartete schwere Erkrankung, schwere Unfallverletzung, unerwartete Impfunverträglichkeit. Eine unerwartete schwere Erkrankung liegt vor, wenn diese nach Abschluss des Tarifes erstmalig auftritt oder bei bestehendem Versicherungsschutz nach Buchung der Reise erstmalig auftritt. Auch eine unerwartete Verschlechterung einer bereits bestehenden Erkrankung gilt als unerwartete Erkrankung, wenn in den letzten sechs Monaten vor Abschluss des Tarifes oder bei bestehendem Versicherungsschutz in den letzten sechs Monaten vor Reisebuchung keine ärztliche Behandlung erfolgte. (Kontrolluntersuchungen gelten nicht als Behandlung.) Die Versicherungssumme beträgt maximal 5.000 Euro bei Einzeltarifen und maximal 10.000 Euro für Familientarife.

6. Reise-Ausfallschutz

Versicherungsschutz besteht für den Fall, dass Sie Ihre Reise aufgrund eines versicherten Ereignisses abbrechen, unterbrechen oder verlängern müssen. Erstattet werden die zusätzlichen Kosten und die nicht in Anspruch genommenen Reiseleistungen. Zu den versicherten Ereignissen zählen insbesondere unerwartete schwere Erkrankung und schwere Unfallverletzung. Die Versicherungssumme beträgt für nicht in Anspruch genommene Reiseleistungen maximal 5.000 Euro bei Einzeltarifen und maximal 10.000 Euro für Familientarife.

7. Umbuchungsgebühren-/„Frühbucher“-Versicherung

Erstattet werden die vertraglich geschuldeten Aufwendungen für reisevertragliche Änderungen (Umbuchungen) beziehungsweise Änderungs-Stornierungen von im Voraus gebuchten Flügen und Unterkünften aus persönlichen Gründen. Die Umbuchung beziehungsweise Änderungs-Stornierung muss bis spätestens 21 Tage vor Reisebeginn erfolgen. Die Höchstentschädigung beträgt maximal die Hälfte der vertraglich geschuldeten Stornokosten, die bei unverzüglicher Stornierung anfallen würden.

8. Reise-Beistands- und Assistance-Leistungen

Neben der Organisation der Leistungen, zu denen eine entsprechende Kostenübernahme erfolgt, werden folgende, weitere Vermittlungsdienste und Dienstleistungen erbracht:

- Organisation von medizinischer Versorgung und Benennung eines Deutsch oder Englisch sprechenden Arztes
- Vermittlung von Ärzten, Fachärzten, Labors, Spitälern
- Organisation des Versandes von lebenswichtigen Medikamenten, Blutplasma, medizinisch-technischen Geräten und, soweit erforderlich, Vermittlung von an diesen Geräten geschultem Personal
- Kontaktherstellung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Hausarzt sowie Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten
- Information der Angehörigen
- Vermittlung eines spezialisierten Arztes mit einer eventuellen Konsultation am Spitalbett, sofern medizinisch notwendig

Dazu wird Ihnen eine 24-stündige Notruf-Nummer zur Verfügung gestellt, die Ihnen die Hilfe und den Beistand in dem jeweils bezeichneten Rahmen während der Reisedauer bietet. Die sich gegebenenfalls daraus ergebende Beauftragung von Leistungsträgern beinhaltet grundsätzlich keine Anerkennung der Leistungspflicht aus den hier aufgeführten Versicherungsverträgen.

9. Reise-Unfallversicherung

Die Reise-Unfallversicherung bietet Schutz falls es auf einer Urlaubsreise zu einem Unfall kommt. Abgesichert ist die Leistung für eine unfallbedingte Invalidität sowie eine Leistung im Falle eines Unfalldodes. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

- Höhe der Versicherungssumme
 - 10.000 Euro bei Unfalldod pro Person
 - 25.000 Euro Invalidität bedingt durch einen Unfall pro Person

Eine Invalidität liegt vor, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist. Die Invaliditätsleistung wird als einmalige Kapitalzahlung erbracht und richtet sich nach dem Invaliditätsgrad.

Die Todesfalleistung wird erbracht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

10. Reise-Haftpflichtversicherung

Versicherungsschutz besteht für den Fall, dass gegen die versicherte Person wegen einer während der Wirksamkeit des Vertrages eingetretenen Schadenereignisses, das

- den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder
- die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) Schutz von Privatpersonen auf Urlaubsreisen aus den Gefahren des täglichen Lebens gegen gesetzliche Haftpflichtansprüche Dritte bei Personen- und Sachschäden.
- Die maximale Versicherungssumme beträgt 1,5 Mio Euro
- Auslandsdeckung weltweit

Der Versicherungsschutz umfasst insbesondere die Prüfung der Haftpflichtfrage. Die Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche und die Zahlung von berechtigten Schadensersatzforderungen an Dritte.

Beschreibung des Versicherungsschutzes

Die vollständige Leistungsbeschreibung entnehmen Sie bitte den entsprechenden Abschnitten in den nachfolgenden Versicherungsbedingungen.

Einstufung und Übergangsregelung zu den Alterstarifen

Für die Einstufung in die richtige Tarif-Altersklasse oder für die Zugehörigkeit zum Familientarif ist das Alter bei Einreichung des Aufnahmeantrags maßgeblich. Wird die Altersgrenze von 70 Jahren während der Laufzeit des Vertrages überschritten, fällt der Tarifbeitrag ab 70 Jahre erst mit der nächsten Verlängerung um ein weiteres Jahr an.

Die Verlängerung des Versicherungsschutzes tritt nicht ein für versicherte Personen, die als versicherte Kinder nicht mehr über den Familientarif versicherbar sind.

Selbstbehalte *(je nach gewähltem Baustein)*

Auslandsreise-Krankenversicherung

Der Selbstbehalt entfällt bis Vollendung des 70. Lebensjahres. Der Selbstbehalt bei Heilbehandlungskosten im Ausland beträgt 100 Euro je Versicherungsfall ab 70 Jahren.

Reise-Stornokosten-Versicherung und Reise-Ausfallschutz

Kein Selbstbehalt für versicherte Personen bis Vollendung des

70. Lebensjahres. Der Selbstbehalt beträgt 20 % der erstattungsfähigen Kosten für versicherte Personen ab 70 Jahren je Schaden im Falle einer unerwarteten schweren Erkrankung. Bei allen anderen Ereignissen entfällt der Selbstbehalt.

Umbuchungsgebühren-Versicherung („Frühbucher“-Versicherung)

Erstattet werden die vertraglich geschuldeten Aufwendungen für reisevertragliche Änderungen (Umbuchungen) beziehungsweise Änderungs-Stornierungen von im Voraus gebuchten Flügen und Unterkünften **aus persönlichen Gründen**.

Die Umbuchung beziehungsweise Änderungs-Stornierung muss bis spätestens 21 Tage vor Reisebeginn erfolgen. Die Höchstentschädigung beträgt maximal Hälfte der vertraglich geschuldeten Stornokosten, die bei unverzüglicher Stornierung anfallen würden.

Reise-Unfallversicherung und Reise-Haftpflichtversicherung

Kein Selbstbehalt

Hinweise auf Leistungs- und Risikoausschlüsse

Was ist grundsätzlich nicht versichert?

Die vorsätzliche Herbeiführung eines Versicherungsfalls, Schäden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar waren und Schäden durch Krieg, Kriegsereignisse, Bürgerkrieg, innere Unruhe, Terrorwarnungen und -anschlägen, Massenvernichtung, Pandemie, Kernenergie oder Eingriffe von hoher Hand sind in allen Leistungsarten nicht versichert.

Wird die versicherte Person von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen im Ausland überrascht, besteht Versicherungsschutz für die ersten sieben Tagen nach Beginn der Ereignisse.

Auslandsreise-Krankenversicherung

Kein Versicherungsschutz besteht insbesondere

- für Behandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.
- für Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen, sowie für Übermaßberechnungen und wucherische Rechnungsstellungen. In diesen Fällen kann der Versicherer die Leistungen auf ein angemessenes Maß kürzen, wenn nicht vor Behandlungsbeginn der medizinische Assistent kontaktiert wird.

Reise-Stornokosten-Versicherung und Reise-Ausfallschutz

Es besteht u.a. kein Versicherungsschutz für Ereignisse, mit denen zur Zeit des Tarifabschlusses oder der Reisebuchung zu rechnen war.

Reise-Unfallversicherung

Es besteht kein Versicherungsschutz für folgende Unfälle,

- Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Krieg- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

- Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen
- Gesundheitsschäden durch Strahlen
- Infektionen (z.B. durch Insektenstiche oder -bisse)
- Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person

Reise-Haftpflichtversicherung

Es besteht kein Versicherungsschutz für Haftpflichtansprüche, aus Schäden

- Infolge der Ausübung von Jagd.
- Aus Schadensfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben.
Als Angehörige gelten Ehegatten/Lebensgefährten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und Kinder, Stiefeltern und Kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und Kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).
- Zwischen versicherten Personen, die über einen LTA-Tarif abgesichert sind.
- Durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässerschäden).
- Löschung, Unterdrückung, Unbrauchbarmachung oder Veränderung von Daten.
- Wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person resultieren.

Weitere Ausschlüsse oder Einschränkungen des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den entsprechenden Abschnitten in den Versicherungsbedingungen Ihres gewählten Tarifes.

Wichtige Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss?

Sie müssen bei Vertragsabschluss alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß machen. Sofern Sie dagegen verstoßen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Welche Pflichten müssen Sie grundsätzlich beachten, wenn der Versicherungsfall eintritt?

Halten Sie den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.

Bei Notfällen wählen Sie bitte sofort die **24-Stunden-Notrufnummer:**

Telefon +43 (0) 662 872924 und zeigen den Schaden umgehend der Lifecard Travel Assistance GmbH schriftlich per jeweiligem LTA-Formular zur Schadenanzeige an.

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß und fügen die erforderlichen Unterlagen und Belege im Original bei der Lifecard Travel Assistance GmbH zur Weiterleitung an die entsprechenden Versicherer bei.

Die Schadenformulare erhalten Sie telefonisch bei der LTA unter: **Telefon +43 (0) 662 876402** oder **www.lta-reiseschutz.at** zum Ausdrucken.

Welche Rechtsfolgen ergeben sich bei der Nichtbeachtung der Pflichten?

Wird eine der Pflichten verletzt, so kann der Versicherer die Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen. Dies kann bis zum Verlust der kompletten Versicherungsleistung führen.

Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt für beliebig viele, vorübergehende Reisen, die innerhalb des versicherten Zeitraumes angetreten werden.

Es besteht Versicherungsschutz

- für die ersten 42 Tage einer Auslandsreise aus privatem Anlass und für Auslands-Kurzreisen bis zu maximal 7 Tage aus geschäftlichem Anlass.
- für die ersten 32 Tage einer Inlandsreise aus privatem Anlass.

Als versicherte Inlandsreise gilt eine Reise im Land des Hauptwohnsitzes gemäß § 1 aus privatem Anlass, mit anschließendem Übernachtungsaufenthalt in mehr als 50 km Entfernung des Hauptwohnsitzes.

Wann tritt der Versicherungsschutz erstmals in Kraft?

Der Versicherungsschutz beginnt erstmals ab Zugang des Bestätigungsschreibens der LTA, wenn der Erstbeitrag rechtzeitig bei Fälligkeit bezahlt wurde, es sei denn, der Antragstellende hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten, wofür er aber beweispflichtig ist.

In der Reise-Stornokosten-Versicherung beginnt der Versicherungsschutz für gebuchte Reisen, wenn der Abschluss des LTA Vertrages bis maximal 30 Tage vor Reiseantritt erfolgt. Dieses gilt ebenfalls für separat gebuchte Leistungsbausteine und Einzelleistungen, wenn diese zu gebuchten Reise-Leistungsbausteine und versicherten Reise-Einzelleistungen abgrenzbar sind.

Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz innerhalb der Vertragslaufzeit?

Der Versicherungsschutz beginnt in der Reise-Stornokosten-Versicherung unter den oben genannten Voraussetzungen und endet mit dem Antritt der Reise. In den übrigen Vertragsarten beginnt der Versicherungsschutz mit dem Antritt der Reise und endet mit dem Abschluss der Reise.

Wichtige Hinweise zur Vertragslaufzeit und Beitragszahlung

Der Vertrag gilt zunächst für ein Jahr und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht einem der Vertragspartner bis spätestens einem Monat vor Ablauf des Vertragsjahres eine Kündigung zugeht. Die Zahlung des Jahresbetrages erfolgt durch Bankeinzug. Der Betrag ist umgehend nach Zugang des Bestätigungsschreibens der LTA fällig.

Falls der Beitrag mit einem von der LTA ausgehändigten Überweisungsträger bezahlt wird, gilt der Versicherungsschutz nach Zugang des Bestätigungsschreibens der LTA, wenn die Überweisung des Tarifbetrags umgehend nach Zugang des Antrages bei der LTA ausgeführt wird.

Kann der Erst- bzw. Folgebetrag nicht rechtzeitig abgebucht werden, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten, wofür Sie aber beweispflichtig sind.

Tarif- und Verbraucher-Informationen

Leistungsbestätigung

- **Auslandsreise-Krankenversicherung** (Seite 37)
inklusive Auslandsreise-Rückholkosten
inklusive Inlandsreise-Rückholkosten

- **Reise-Beistands- und Assistance-Leistungen**
- **Reise-Stornokosten-Versicherung** (Seite 44)
- **Reise-Ausfallschutz** (Seite 48)
- **Umbuchungsgebühren-Versicherung** (Seite 50)
- **Reise-Unfallversicherung** (Seite 51)
- **Private Reise-Haftpflichtversicherung** (Seite 58)
- **Med. Notruf- und Servicezentrale (Tag und Nacht)**
- **Service-Rufnummer des Versicherers**

Der von Ihnen gewählte Jahresreiseschutz **Flexible** gilt weltweit für beliebig viele Reisen, ganz gleich, ob Sie diese mit dem Auto, mit dem Reisebus, mit der Bahn, mit dem Flugzeug oder mit dem Schiff unternehmen. Vom Versicherungsschutz werden alle im Voraus gebuchten, touristischen Reiseleistungen umfasst. Die Versicherungssumme beträgt bei Einzeltarifen 5.000 Euro je Reise/bei Familientarifen 10.000 Euro je Reise. Der Versicherungsschutz gilt grundsätzlich innerhalb der ersten 42 Tage für alle Auslandsreisen aus privatem Anlass; innerhalb der ersten 32 Tage für Reisen im Inland aus privatem Anlass. Bei Reisen im Ausland aus geschäftlichem Anlass gilt der Versicherungsschutz nur für Kurzreisen bis zu maximal 7 Tage je Reise.

Die nachfolgenden Tarif- und Verbraucherinformationen beinhalten alle wichtigen Daten zu Ihrem Versicherungsschutz.

Bitte nehmen Sie diese Broschüre daher mit zu Ihren Reiseunterlagen und bewahren diese sorgfältig auf.

Bitte beachten Sie unbedingt die folgende Einschränkung für den Erstabschluss des Jahresreiseschutz-Paketes **Flexible**.

- Der Versicherungsschutz im Rahmen der Reise-Stornokosten-Versicherung gilt nicht für Reisen, wenn der LTA Vertrag nicht mindestens 30 Tage vor Reiseantritt geschlossen wurde. Dieses gilt ebenfalls für separat gebuchte Leistungsbausteine und Einzelleistungen, wenn diese zu gebuchten und versicherten Leistungen abgrenzbar sind.
- Diese Broschüre dient nicht nur zu Ihrer Information, sondern wird mit der Absendung des von Ihnen vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrags auch Versicherungsdokument. Bitte nehmen Sie diese Broschüre daher mit zu Ihren Reiseunterlagen und bewahren diese sorgfältig auf.

Hinweise im Schadensfall

Hier sind alle Leistungsarten aufgeführt, die über die Lifecard-Travel-Assistance GmbH angeboten werden. Bitte entnehmen Sie hieraus die Hinweise, die zu den Leistungsarten in dem von Ihnen gewählten Tarif aufgeführt sind.

Bei einer notwendigen, ärztlichen Behandlung im Ausland (Auslandsreise-Krankenversicherung)

Halten Sie den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenenerhöhung führen könnte. Im Falle einer stationären Behandlung im Spital, vor Beginn umfänglicher ambulanter oder stationärer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen wählen Sie bitte sofort die **24-Stunden-Notrufnummer: +43 (0) 662 872924**

Zeigen Sie den Schaden umgehend, spätestens nach Abschluss der Reise, an und reichen Sie alle relevanten Unterlagen im Original ein. Weitere Obliegenheiten entnehmen Sie bitte dem entsprechenden Abschnitt in den Versicherungsbedingungen.

Benötigte Unterlagen im Schadensfall:

- LTA-Formular zur Schadenanzeige
- Bei ambulanter Behandlung: Arztbericht, Arztrechnungen, Rezepte, Kassenbelege
- Bei stationärer Behandlung: Spitalbericht, -rechnungen

Wenn ein medizinischer Rücktransport erfolgen muss und bei zusätzlichen Assistance- und Beistandsleistungen (Rückholkosten-Versicherungen und Versicherung von Assistance-Leistungen)*

Benötigte Unterlagen im Schadensfall:

- Kostenbelege zu den versicherten Leistungen

Wenn Sie die Reise nicht antreten können (Reise-Stornokosten-Versicherung)

Sie sind verpflichtet, die Reise umgehend nach Eintritt des versicherten Rücktrittsgrundes zu stornieren, um die Rücktrittskosten möglichst gering zu halten. Bitte reichen Sie alle Buchungsunterlagen mit der Stornokosten-Rechnung umgehend ein.

Schwere Unfallverletzung und unerwartete schwere Erkrankung müssen Sie durch eine ärztliche Bescheinigung auf unserem Vordruck

(LTA-Schadenanzeige), u.a. mit Angaben der Diagnose, des Krankheitsverlaufes und eventueller Vorerkrankungen, nachweisen; psychiatrische Erkrankungen durch eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Facharztes für Psychiatrie auf dem Vordruck der LTA-Schadenanzeige. Weitere Pflichten entnehmen Sie bitte den Abschnitten „Obliegenheiten“ in den jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Benötigte Unterlagen im Schadensfall:

- LTA-Formular zur Schadenanzeige inklusive Fragebogen zur ärztlichen Bescheinigung.
- Buchungsunterlagen in Kopie, Stornokosten-Rechnung/en im Original, gegebenenfalls weitere Unterlagen und Belege laut dem Formular zur Schadenanzeige.

Bei Abbruch der Reise, Reise-Unterbrechung oder Reise-Verlängerung (Reise-Ausfallschutz)

Können Sie die Reise wegen Krankheit oder Unfallverletzung nicht planmäßig beenden oder müssen diese unterbrechen, so begeben Sie sich bitte umgehend in ärztliche Behandlung vor Ort und (insbesondere bei stationärem Spitalaufenthalt) nehmen umgehend Kontakt über die **24-Stunden-Notruf-Nummer: +43 (0) 662 872924** zum ärztlichen Dienst auf und folgen dessen Anweisungen.

Lassen Sie sich qualifizierte Arzt- und Spitalberichte persönlich aushändigen und reichen diese zusammen mit den Reiseunterlagen ein. Halten Sie die etwaigen notwendig gewordenen Beförderungs- und Übernachtungskosten so gering wie möglich und weisen Sie die Höhe der Kosten für gebuchte, aber nicht mehr in Anspruch genommene Reiseleistungen nach.

Benötigte Unterlagen im Schadensfall:

- LTA-Formular zur Schadenanzeige
- Ärztliches Attest vom behandelnden Arzt vor Ort mit Diagnose und Krankheitsverlauf
- Ursprüngliche Buchungsunterlagen in Kopie, Neu- und/oder Umbuchungen im Original

Bei Reiseunfällen (Reise-Unfallversicherung)

Es bestehen folgende Obliegenheiten: Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person umgehend

- einen Arzt hinzuziehen,
- seine Anordnungen befolgen und
- uns unterrichten

* Diese Leistungen werden durch den medizinischen Dienst der Notruf-Servicenummer organisiert und mit dem Versicherer direkt abgerechnet.

Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufhalles trägt der Versicherer.

Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Bei Versicherungsfällen (Reise-Haftpflichtversicherung)

Schadensanzeige: Sie bzw. die versicherte Person hat bei Eintritt eines Versicherungsfalles folgende Obliegenheiten

- Jeder Versicherungsfall ist uns umgehend anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben wurden
- Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch erhoben, ein staatsanwaltliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet, ein Mahnbescheid erlassen oder ihr gerichtlich der Streit verkündigt, haben Sie bzw. die versicherte Person dies ebenfalls umgehend anzuzeigen

Jahresreiseschutz *Flexible* für Kunden der Lifecard Travel Assistance GmbH Salzburg

Allgemeine Vertragsinformationen, Versicherungsbedingungen und Merkblatt zur Datenverarbeitung

Sie als Kunden der Lifecard Travel Assistance-Unternehmensgruppe sind die versicherten Personen. Der Versicherer erbringt die vertraglich vereinbarten Leistungen. Die vereinbarten Leistungen sind in den nachfolgenden Versicherungsbedingungen aufgeführt. Diese Leistungen ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag.

Zusätzlich bietet der Versicherer an einen kostenlosen, telefonischen, ärztlichen Storno-Beratungsservice an (TelMed):

1. Falls eine versicherte Person vor einer versicherten Reise erkrankt oder einen Unfall erleidet, steht dieser Person ein ärztlicher, reisemedizinischer Beratungsservice hinsichtlich der Entscheidung, ob und wann die versicherte Reise storniert oder umgebucht werden sollte zur Verfügung. Die Inanspruchnahme des Services ist auf freiwilliger Basis.
2. Es erfolgt eine kostenlose, neutrale Experten-Empfehlung hinsichtlich der gebuchten Reise, basierend auf den Angaben und / oder übermittelten Unterlagen zur Diagnose, Therapie und Krankheitsverlauf, soweit möglich.
3. Die Stornierung der Reise gilt als unverzüglich, wenn diese zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt, weil sich, entgegen der ärztlichen Empfehlung eine Reiseunfähigkeit zu einem späteren Zeitpunkt einstellt.
4. Wird die Reise trotz entsprechender Empfehlung nicht storniert, erfolgt die Prüfung eines Versicherungsfalles, wenn die Reise im Nachhinein aufgrund dieser Erkrankung oder Unfallverletzungen storniert wurde, nur in Höhe der Stornokosten, die bei umgehender Stornierung angefallen wären.

Storno-Beratungsservice Tel.: +43 (0) 662 876426

Diese Bedingungen beinhalten die Annahmerichtlinien des Versicherers, die gemäß § 7 VVG (Information des Versicherungsnehmers) in Zusammenhang mit der VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG InfoV) zu erteilenden Allgemeinen Vertragsinformationen sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung und wurden für Kunden der Lifecard Travel Assistance Unternehmensgruppe zusammengefasst und erweitert.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Vertragsinformationen und Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Jahresreiseschutz *Flexible* (Teil 1 – 2)

Teil 1

Allgemeine Vertragsinformationen

- § 1 Informationen zum Versicherer
- § 2 Informationen zur Servicegesellschaft
- § 3 Informationen zu den versicherten Leistungen
- § 4 Informationen zum Vertrag
- § 5 Beschwerdemöglichkeiten

Teil 2

Allgemeine Versicherungsbedingungen (MJRV AVB 2017 AB)

- § 1 Wer ist versicherte Person?
- § 2 Für welche Reisen gilt die Versicherung?
- § 3 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen?
- § 4 Prämienzahlung für den Gruppenversicherungsvertrag
- § 5 Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Laufzeit hat der Vertrag?
- § 6 Was müssen versicherte Personen bei der Beitragszahlung beachten?
- § 7 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?
- § 8 Welche Pflichten muss die versicherte Person im Schadensfall unbedingt erfüllen (Obliegenheiten)?
- § 9 Welche Rechtsfolgen ergeben sich bei Verletzung der Obliegenheiten?
- § 10 Wann zahlt der Versicherer die Entschädigung?
- § 11 Was gilt für Entschädigungen aus anderen Versicherungsverträgen?
- § 12 In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz bzw. verliert die versicherte Person den Anspruch auf Versicherungsleistung?
- § 13 Wann verjähren Ansprüche auf Versicherungsleistungen?
- § 14 Wann sind die Leistungen fällig?
- § 15 In welcher Währung werden die Leistungen erbracht?
- § 16 Maklerklausel

Spezielle Versicherungsbedingungen LTA MJRV AVB 2017 Teil 3 – 8

Teil 3

Bedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung inkl. Auslandsreise- und Inlandsreise-Rückholkosten-Versicherung und Reise-Assistance- und Beistandsleistungen (MJRV AVB 2017 ARKV)

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Welche Leistungen sind versichert?
- § 3 Inlandsreisen
- § 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Was gilt für die Erbringung von Versicherungsleistungen?
- § 6 Wann sind Verauslagungen zurück zu zahlen?
- § 7 Was ist nach einem Versicherungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- § 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Teil 4

Bedingungen für die Reise-Stornokosten-Versicherung (MJRV AVB 2017 RR)

- § 1 Was ist bei Nichtantritt der gebuchten und versicherten Reise versichert?
- § 2 Unter welchen Voraussetzungen erbringt der Versicherer die Leistung?
- § 3 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?
- § 4 Was muss die versicherte Person bei Eintritt der in § 2 genannten Ereignisse unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?
- § 5 Welche Rechtsfolgen ergeben sich bei Verletzung von Obliegenheiten?
- § 6 Wie hoch ist die maximale Entschädigungsleistung und welchen Selbstbehalt muss/müssen die versicherte/n Person/en tragen?
- § 7 Vermittlungsentgelte

Teil 5

Bedingungen für den Reise-Ausfallschutz (Reiseabbruchkosten-Versicherung) (MJRV AVB 2017 RA)

- § 1 Welche zusätzlichen Leistungen bietet der Versicherer bei Abbruch und Unterbrechung einer gebuchten und versicherten Reise?
- § 2 Wie hoch ist die maximale Entschädigungsleistung und welchen Selbstbehalt müssen die versicherten Personen tragen?
- § 3 Welche Obliegenheiten muss die versicherte Person nach Eintritt eines der in § 2 der MJRV AVB 2017 RR genannten Ereignisse unbedingt unternehmen?
- § 4 Welche Rechtsfolgen ergeben sich bei Verletzung der Obliegenheiten?

Teil 6

Bedingungen für die Umbuchungsgebühren-Versicherung (JRV AVB 2017 UMB)

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Unter welchen Voraussetzungen erbringt der Versicherer die Leistung?
- § 3 In welcher Höhe leistet der Versicherer Entschädigung?
- § 4 In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

Teil 7

Bedingungen für die Reise-Unfallversicherung (MJRV AVB 2017 RUV)

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Welche Leistungsarten sind versichert?
- § 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- § 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Welche kumulierte Höchstentschädigung gilt in der Gruppen-Unfallversicherung?
- § 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- § 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- § 8 Wann sind die Leistungen fällig?

Teil 8

Bedingungen für die private Reise-Haftpflichtversicherung (MJRV AVB 2017 R-PHV)

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Wofür besteht Versicherungsschutz?
- § 3 Welche Leistungen werden bis zu welcher Höhe erbracht?
- § 4 Wann besteht kein Versicherungsschutz? (Ausschlüsse)
- § 5 Was ist im Versicherungsfall zu tun? (Obliegenheiten)

Teil 9

Merkblatt zur Datenverarbeitung

- 1 Vorbemerkung
- 2 Einwilligungserklärung
- 3 Schweigepflichtentbindungserklärung
- 4 Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Teil 1 / Allgemeine Vertragsinformationen

§1 Informationen zum Versicherer

Certain underwriters at Lloyd's

in respect of syndicate 2003

One Lime Street, London, EC3M 7HA, United Kingdom

Legal form of Lloyd's underwriters: „association of underwriters“

Seat: London, United Kingdom

Die **Lloyd's Vereinigung von Einzelversicherern** unterhält in Deutschland eine Niederlassung unter folgender Adresse:

Lloyd's underwriters,

Niederlassung für Deutschland,

Taunusanlage 11,

D-60329 Frankfurt

HRA 26467 Amtsgericht Frankfurt am Main

Die Lloyd's Versicherer London werden beaufsichtigt durch:

The Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, Vereinigtes Königreich

The Prudential Regulation Authority (PRA), 20 Moorgate, London, EC2R 6DA, Vereinigtes Königreich

Die Lloyd's Versicherer London werden autorisiert durch:

The Prudential Regulation Authority (PRA), 20 Moorgate, London, EC2R 6DA, Vereinigtes Königreich

§ 2 Informationen zur Service-Gesellschaft

Catlin Europe SE

Krankenhaus 1, Im Zollhafen 18

50678 Köln

HRB Köln 79617, Hauptsitz der Gesellschaft ist Köln

Ständiger Vertreter der Catlin Europe SE,

Niederlassung für Deutschland,

ist der Managing Director Dieter Goebbels.

Wichtige Informationen für die Schadenmeldung/den

Versicherungsfall:

Die Schadenbearbeitung erfolgt durch den Schadenservice

c/o BGIC Bertil Grimme Insurance Claims GmbH,

Gänsemarkt 35, 20354 Hamburg

Tel.: +49 (0) 40-30 37 60-0

Fax: +49 (0) 40-30 37 60-20

E-Mail: lifecard@bgic.de

§ 3 Informationen zu den versicherten Leistungen

Diese Versicherung versichert die LIFECARD-Inhaber auf Reisen mit den in diesen Bedingungen aufgeführten definierten Leistungen. Der Versicherer erbringt die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen im Rahmen dieser Bedingungen. Mit Ausnahme des im Aufnahmeantrag

genannten Betrags sind von den versicherten Personen keine weiteren Kosten für den Vertragsabschluss und den Versicherungsschutz zu tragen.

Der Beitrag ist gemäß der im Aufnahmeantrag aufgeführten Zahlungsweise von den versicherten Personen zu leisten; siehe auch § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen MJRV AVB 2017 AB. Diese Versicherungsbedingungen können vom Versicherer für neue, nicht jedoch für bestehende, Verträge jederzeit geändert werden.

§ 4 Informationen zum Vertrag

Es handelt sich um Gruppenversicherungsverträge zwischen der Lifecard Travel Assistance-Unternehmensgruppe und dem Versicherer zugunsten der Kunden (versicherte Personen) der LTA. Der Vertrag ist durch die Deckungsbestätigung des Versicherers zustande gekommen.

Widerrufsbelehrung

Die versicherte Person kann Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Frist beginnt am Tag der Abgabe der Vertragserklärung im Aufnahmeantrag gegenüber der LTA bei gleichzeitiger Erklärung der versicherten Person, dass sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeine und Spezielle Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform erhalten und zur Kenntnis genommen hat.

Im elektronischen Geschäftsverkehr (Online-Antrag bzw. Online-Vertragsabschluss) beginnt die Widerrufsfrist nicht, bevor auch die speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefehlern, Bestätigung des Antrags) erfüllt wurden.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Lifecard Travel Assistance GmbH

Franz-Josef-Straße 20
5020 Salzburg

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz rückwirkend ab Beginn und die LTA erstattet eventuell entrichtete Beträge, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zurück. Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden

Seiten auf ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor die versicherte Person das Widerrufsrecht ausgeübt hat. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Laufzeit und Kündigungsbedingungen

Die Laufzeit des Vertrages ist in der Vertragsdatenübersicht des Bestätigungsschreibens angegeben. Vor Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit kann der Vertrag nur aus den gesetzlichen und gegebenenfalls den in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Gründen gekündigt werden.

Anzuwendendes Recht, zuständiges Gericht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht. Der Gerichtsstand für Klagen gegen den Versicherer ist Frankfurt am Main.

Ist die versicherte Person eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen die versicherte Person ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.

Liegt der Wohnsitz, Sitz oder die Niederlassung (bei juristischen Personen) in einem Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, ist der Gerichtsstand wiederum Frankfurt am Main.

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch. Jegliche Kommunikation erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

§ 5 Beschwerdemöglichkeiten

Lloyd's underwriters ist Mitglied im Verein Versicherungs-Ombudsmann e.V.. Versicherungsnehmer und versicherte Personen können damit, außer für die Krankenversicherung, das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Der Versicherungs-Ombudsmann kann Beschwerden bis zu einem Streitwert von zurzeit 80.000 Euro behandeln.

Lloyd's underwriters verpflichtet sich, bei Entscheidungen bis zu einer Höhe von 5.000 Euro auf die Anrufung eines Gerichts zu verzichten und den Schlichterspruch des Ombudsmannes anzuerkennen.

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

Der Versicherungs-Ombudsmann ist zu erreichen unter:
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Postfach 080632, 10006 Berlin

Teil 2 / Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Jahresreiseschutz *Flexible* für Kunden der Lifecard Travel Assistance GmbH Salzburg (LTA MJRV AVB 2017 AB)

Die nachstehenden Regelungen unter § 1 bis 17 gelten für alle in diesen Bedingungen genannten Jahres-Reiseversicherung.

§ 1 Wer ist versicherte Person?

Sämtliche Kunden sowie deren mitversicherte Personen der Lifecard Travel Assistance-Unternehmensgruppe, die ihren ständigen, gesetzlichen Hauptwohnsitz in einem Staatsgebiet eines Landes der Europäischen Union (EU) oder in der Schweiz haben.

- a) **Einzeltarif:** Maximal ein/e Erwachsene/r und maximal drei mitreisende Kinder unter 18 Jahren bzw. unter 23 Jahren, wenn keine auf Dauer angelegte, berufliche Tätigkeit ausgeübt wird, zählen – unabhängig vom Verwandtschaftsgrad und vom Wohnsitz – zu den versicherten Personen.
- b) **Partnertarif:** Maximal zwei Erwachsene zählen – unabhängig vom Verwandtschaftsgrad und vom Wohnsitz, zu den versicherten Personen.
- c) **Familientarif:** Maximal zwei Erwachsene und maximal fünf mitreisende Kinder unter 18 Jahren bzw. unter 23 Jahren, wenn keine auf Dauer angelegte, berufliche Tätigkeit ausgeübt wird, zählen – unabhängig vom Verwandtschaftsgrad und vom Wohnsitz – zu den versicherten Personen.

Für Kinder unter 16 Jahren, die ohne einen Elternteil verreisen, gilt der Versicherungsschutz nur, wenn diese von einer Aufsichtsperson auf der Reise begleitet werden.

§ 2 Für welche Reisen gilt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz gilt für beliebig viele vorübergehenden Urlaubsreisen, die innerhalb des versicherten Zeitraumes angetreten werden. Es besteht Versicherungsschutz

- für die ersten 42 Tage einer Auslandsreise bzw.
- für die ersten 32 Tage einer Inlandsreise aus privatem Anlass, auch wenn die Reise länger andauert.

Auslandsreise

Als versicherte Auslandsreise gilt eine grenzüberschreitende Ortsveränderung mit Übernachtungsaufenthalt, bei welchem der Hauptwohn-

sitz gemäß § 1 – für maximal die ersten 42 Tage – verlassen wird. Der Versicherungsschutz beginnt an der Grundstücksgrenze und endet mit der Rückkehr dorthin. Bei gelegentlichen Reisen aus geschäftlichem Anlass besteht grundsätzlich nur Versicherungsschutz für Kurzreisen bis zu maximal 7 Tage. Die hauptberufliche Außendiensttätigkeit sowie Fahrten zwischen dem Wohnsitz und der Arbeitsstätte fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Inlandsreise

Als versicherte Inlandsreise gilt eine Reise im Land des Hauptwohnsitzes gemäß § 1 aus privatem Anlass, bei der die versicherte Person das Grundstück des Hauptwohnsitzes mit anschließendem Übernachtungsaufenthalt in mehr als 50 km Entfernung – für maximal die ersten 32 Tage – verlassen hat. Der Versicherungsschutz beginnt an der Grundstücksgrenze und endet mit der Rückkehr dorthin.

§ 3 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen?

Der Gruppenversicherungsvertrag ist zugunsten der Kunden der LTA abgeschlossen worden. Diese sind die versicherten Personen. Die versicherte Person kann Leistungen aus der Versicherung ohne die Mitwirkung der LTA unmittelbar beim Versicherer geltend machen. Der Versicherer leistet direkt an die versicherte Person. Die LTA als Versicherungsnehmer informiert jede versicherte Person über den im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages bestehenden Versicherungsschutz und über das Recht der versicherten Person gemäß § 1 anhand dieser ausgehändigten Bedingungen. Die Ausübung sonstiger Rechte aus dem Gruppenversicherungsvertrag steht nicht der versicherten Person, sondern nur dem Versicherungsnehmer zu. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf den Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne die Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 4 Prämienzahlung für den Gruppenversicherungsvertrag

Die Prämien für die Gruppenversicherungsverträge werden von der Lifecard Travel Assistance GmbH an den Versicherer gezahlt. Die Nichtzahlung der Prämie führt zum Verlust des Versicherungsschutzes nach den gesetzlichen Vorschriften. Für den Fall der Aufhebung des Gruppenversicherungsvertrages gilt eine Nachhaftung des Versicherers als vereinbart. Die Nachhaftung zugunsten der versicherten Personen besteht bis zum Ende des durch den letzten von der versicherten Person entrichteten Beitrages gedeckten Zeitabschnittes. Die Regelung des § 35 VVG wird abgedungen.

§ 5 Wann ist der Betrag zu zahlen und welche Laufzeit hat der Vertrag?

1. Der erste Jahresbetrag wird nach Zugang des Bestätigungsschreibens der LTA fällig. Der Einzug des Beitrages erfolgt im Lastschriftverfahren. Falls der Betrag mit einem von der LTA ausgehändigten Überweisungsträger bezahlt wird, gilt der Versicherungsschutz nach Zugang des Bestätigungsschreibens der LTA, wenn die Überweisung des Tarifbetrags umgehend nach Zugang des Antrags bei der LTA ausgeführt wird.
2. **Der Vertrag gilt zunächst für ein Jahr und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht einem der Vertragspartner bis spätestens einen Monat vor Ablauf des Vertragsjahres eine Kündigung zugeht.** Die Verlängerung des Versicherungsschutzes tritt nicht ein für versicherte Personen, die als versicherte Kinder nicht mehr über den Familientarif versicherbar sind. Die Gesamtdauer des Vertrages darf einen Zeitraum von fünf Jahren nicht überschreiten. Nach Ablauf dieser maximalen Dauer endet der Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
3. Die Folgebeiträge werden jeweils für ein Versicherungsjahr, frühestens zum 1. des Monats, in dem ein neues Versicherungsjahr beginnt, von dem im Antrag benannten Konto abgebucht. Kann der Folgebetrag nicht abgebucht werden, wird eine Zahlungsfrist von zwei Wochen gesetzt. Tritt nach Ablauf der Frist ein Schadensfall ein und ist der Versicherte nach wie vor in Verzug, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, der Versicherte hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten, wofür der Versicherte aber beweispflichtig ist.

§ 6 Was müssen versicherte Personen bei der Beitragszahlung beachten?

1. Zahlungsbetrag und gesetzliche Steuern

Der in Rechnung gestellte Betrag enthält gesetzliche Steuern, soweit diese aufgrund gesetzlicher Bestimmungen entrichtet werden müssen.

2. Fälligkeit

Der erste oder einmalige Betrag wird umgehend nach Zugang des Bestätigungsschreibens der LTA fällig.

3. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlt die versicherte Person den ersten oder einmaligen Betrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

4. Rücktritt

Zahlt die versicherte Person den ersten oder einmaligen Betrag nicht rechtzeitig, kann die LTA vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Die LTA kann nicht zurücktreten, wenn

die versicherte Person nachweist, dass sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

5. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu der im Aufnahmeantrag oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

6. Verzug

Wird ein Folgebetrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten versicherte Personen ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, sie haben die verspätete Zahlung nicht zu vertreten. Die versicherte Person wird in Textform zur Zahlung aufgefordert und es wird eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen gesetzt.

7. Kein Versicherungsschutz

Ist die versicherte Person nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn sie mit der Zahlungsaufforderung in Textform auf eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen hingewiesen wurde.

8. Prämienzahlung für den Gruppenversicherungsvertrag

Die Prämien für den Gruppenversicherungsvertrag werden von der LTA an den Versicherer gezahlt. Die Nichtzahlung der Prämie führt zum Verlust des Versicherungsschutzes nach den gesetzlichen Vorschriften. Für den Fall der Aufhebung des Gruppenversicherungsvertrages gilt eine Nachhaftung des Versicherers als vereinbart. Die Nachhaftung zugunsten der versicherten Personen besteht bis zum Ende des durch den letzten von der versicherten Person entrichteten Beitrages gedeckten Zeitabschnittes. Die Regelung des § 35 VVG wird abgedungen.

§ 7 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz

Der Versicherungsschutz beginnt erstmals ab Zugang des Bestätigungsschreibens der LTA, wenn der Erstbetrag rechtzeitig bei Fälligkeit bezahlt wurde, es sei denn, der Antragstellende hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten, wofür der Antragstellende beweispflichtig ist. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Reise-Stornokosten-Versicherung für gebuchte Reisen, wenn der Abschluss des LTA-Vertrages bis maximal 30 Tage vor Reiseantritt erfolgt. Wurde eine Reise innerhalb von 30 Tagen vor Reiseantritt gebucht, beginnt der Versicherungsschutz bei Reisebuchung, wenn die Vertragserklärung am Buchungstag erfolgt. Dieses gilt ebenfalls für separat gebuchte Reise-Leistungsbausteine und Reise-Einzelleistungen, wenn diese zu gebuchten und versicherten Leistungen abgrenzbar sind. Im Falle der Beendigung des Vertrages besteht Versicherungsschutz bei Reiserücktritt aufgrund eines versicherten Ereignisses nur innerhalb der Laufzeit des Vertrages.

Der Versicherungsschutz

1. beginnt grundsätzlich in der Reise-Stornokosten-Versicherung mit der Reisebuchung und endet mit Antritt der versicherten Reise.
2. beginnt in den übrigen Sparten mit dem Antritt der versicherten Reise und endet mit der Beendigung der Reise, spätestens jedoch nach Ablauf von 42 Tagen bei Auslandsreisen beziehungsweise 32 Tagen bei Inlandsreisen aus privatem Anlass. Für Auslandsreisen aus geschäftlichem Anlass besteht Versicherungsschutz grundsätzlich nur für Kurzreisen bis zu maximal 7 Tage.
3. verlängert sich über die Höchstdauer der Reise hinaus, wenn sich die Beendigung der Reise aus Gründen verzögert, die die versicherte Person nicht zu vertreten hat.

Ist eine Rückreise wegen ärztlich nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich und folglich eine Heilbehandlung über das Ende des Versicherungsvertrages hinaus erforderlich, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Vertrages bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal jedoch für die Dauer von vier Wochen, fort.

Kündigung nach Versicherungsfall

Nach Eintritt des Versicherungsfalls kann die versicherte Person oder die LTA den Vertrag durch Kündigung beenden. Die Kündigung muss der versicherten Person oder der LTA bis spätestens einen Monat nach Ablauf der Verhandlungen über die Entschädigung zugegangen sein. Im Falle der Beendigung des Vertragsverhältnisses endet auch der Versicherungsschutz.

Kündigt die versicherte Person, wird die Kündigung sofort nach Zugang bei der LTA wirksam. Die versicherte Person kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Vertragsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch die LTA wird drei Monate nach ihrem Zugang bei der versicherten Person wirksam.

Ruhe des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald der LTA eine Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 8 Welche Pflichten muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt erfüllen (Obliegenheiten)?

Ohne die Mitwirkung der versicherten Personen kann der Versicherer die Leistungen nicht erbringen. Versicherungsfall im Sinne dieses

Vertrages ist das Ereignis, das einen unter die Versicherung fallenden Schaden der versicherten Person zur Folge hat.

Grundsätzlich besteht die Verpflichtung

1. den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden (Schadenminderungspflicht).
2. den Schaden umgehend anzuzeigen und Beginn und Ende der versicherten Reise in geeigneter Weise nachzuweisen (Anzeigespflicht).
3. das Schadenereignis und den Schadenumfang darzulegen und jede sachdienliche Auskunft wahrheitsgemäß zu erteilen. Zum Nachweis hat die versicherte Person das LTA-Schadenformular wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt, zusammen mit Original-Rechnungen und Belege einzureichen, gegebenenfalls Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden und zu gestatten, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen (Auskunftspflicht). Die eingereichten Original-Belege werden Eigentum des Versicherers. Weitere Obliegenheiten zu den einzelnen Vertragssparten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Abschnitten in den nachstehenden Bedingungen.
4. Versicherungsfälle durch strafbare Handlungen (zum Beispiel Einbruchdiebstahl, Raub, vorsätzliche Sachbeschädigung, Körperverletzung) umgehend der zuständigen Polizeidienststelle anzuzeigen und sich die Anzeige bescheinigen zu lassen.
5. den Versicherer/die LTA vom Bestehen weiterer Versicherungen, durch die Versicherungsschutz für den vorliegenden Versicherungsfall besteht, sowie von dort geltend gemachten Ansprüchen und erhaltenen Entschädigungen sowie von der Ersatzpflicht anderer Dritter zu informieren.

Weitere Obliegenheiten zu den einzelnen Vertragssparten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Abschnitten in den nachstehenden Bedingungen.

§ 9 Welche Rechtsfolgen ergeben sich bei Verletzung von Obliegenheiten?

Wird eine der aufgeführten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherer bleibt zur Leistung verpflichtet, soweit nachgewiesen wird, dass die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt des

Versicherungsfalles ursächlich war noch einen Einfluss auf die Feststellung und den Umfang der Leistungsverpflichtung hatte. Dies gilt nicht, wenn die Pflicht arglistig verletzt wurde.

§ 10 Wann zahlt der Versicherer die Entschädigung?

Hat der Versicherer die Leistungspflicht dem Grund und der Höhe nach festgestellt, wird die Entschädigung innerhalb von zwei Wochen ausgezahlt.

§ 11 Was gilt für Entschädigungen aus anderen Versicherungsverträgen?

1. Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf den Versicherer über, soweit der versicherten Person daraus kein Nachteil entsteht.
2. Die versicherte Person hat ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt die versicherte Person diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnisses zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die versicherte Person.
3. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag (zum Beispiel Private Krankenversicherung, anderer Versicherer oder Personen) beansprucht werden, geht der andere Vertrag diesem vor. Wird der Versicherungsfall zuerst der LTA gemeldet, tritt der Versicherer in Vorleistung und nimmt den Ausgleich im Innenverhältnis vor, soweit der versicherten Person daraus kein Nachteil entsteht.
4. Besteht ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse, Unfall- oder Rentenversicherung, der Beihilfe einer gesetzlichen Heil- oder Unfallfürsorge, so sind die Kosten dort geltend zu machen. Die im Rahmen dieser Bedingungen erstattungsfähigen Anwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben, sind erstattungsfähig. Dazu sind die Zweitschriften der Belege mit Leistungsvermerk des Kostenträgers einzureichen.

In Ländern mit Sozialversicherungsabkommen ist der Versicherer für die Leistungen der medizinischen Grundversorgung nicht zuständig.

5. Richtet sich der Ersatzanspruch eines Versicherten gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemein-

schaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 12 In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz bzw. verliert die versicherte Person den Anspruch auf Versicherungsleistung?

Kein Versicherungsschutz besteht

1. wenn der Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Buchung der versicherten Reise oder bei Antritt der Reise vorhersehbar war, d.h. wenn die versicherte Person von dem Eintritt des Versicherungsfalles wusste oder damit rechnen musste.
2. wenn der Versicherungsfall auf Krieg, Kriegsereignisse, Bürgerkrieg, innere Unruhen, Terrorwarnungen oder -anschläge, Massenvernichtung, Pandemie, Kernenergie oder Eingriffe von hoher Hand zurückzuführen ist.
3. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen überrascht wird. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg- oder Bürgerkrieg sowie für Schäden bzw. Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.
4. bei akuten Verschlechterungen/Schüben von chronischen, psychischen Erkrankungen.
5. während der Ausübung folgender Berufe/Tätigkeiten:
 - Artist, Stuntman, Tierbändiger
 - im Bergbau unter Tage Tätige
 - Spreng- und Räumungspersonal sowie Munitionssuchtrupps
 - Berufstaucher
 - Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler (auch Rennfahrer und Rennreiter)
 - Journalist, Reporter, insbesondere Kriegsberichterstatte

Der Versicherer wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die versicherte Person

1. nach Eintritt des Versicherungsfalles versucht, den Versicherer durch unzutreffende Angaben über Umstände zu täuschen, die für die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach von Bedeutung sind.
2. wenn Schäden vorsätzlich herbeigeführt worden sind.

3. wenn Schäden, welche die versicherte Person durch oder während der vorsätzlichen Ausführung einer Straftat oder des vorsätzlichen Versuchs einer Straftat verursacht hat. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnisses zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die versicherte Person.

Weitere Ausschlüsse und Einschränkungen zu den einzelnen Vertragssparten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Abschnitten in den nachfolgenden Bedingungen.

§ 13 Wann verjähren Ansprüche auf Versicherungsleistungen?

Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch auf Versicherungsleistung bei der Lifecard Travel Assistance GmbH angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers der versicherten Person in Textform zugeht.

§ 14 Wann sind die Leistungen fällig?

Ist die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Leistung binnen zwei Wochen zu erfolgen, sofern in den speziellen Bedingungen nichts anderes festgelegt ist. Die Verpflichtung gilt mit dem Zeitpunkt als erfüllt, an dem der Euro-Betrag bei einem inländischen Geldinstitut angewiesen ist. Die Entschädigung ist seit der Fälligkeit mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB pro Jahr zu verzinsen, wenn der Versicherer oder eine von ihm beauftragte Organisation sie nicht innerhalb eines Monats nach Fälligkeit erbringt.

§ 15 In welcher Währung werden die Leistungen erbracht?

Der Versicherer zahlt die Versicherungsleistung in Euro (€). Die in anderer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der LTA eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils allerneuestem Stand; es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

§ 16 Maklerklausel

Der vertragliche Geschäftsverkehr läuft über die Firma:
BGI Bertil Grimme AG Insurance Brokers
Zweigniederlassung Hamburg
Gänsemarkt 35
20354 Hamburg

Die Firma ist berechtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen und Zahlungen der LTA GmbH für den Versicherer in Empfang zu nehmen – diese gelten als erfüllt, wenn sie bei der genannten Maklerfirma eingegangen sind – sowie die Schadenregulierung vorzunehmen. Die Maklerfirma ist zur unverzüglichen Weitergabe verpflichtet.

Teil 3 / Bedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung inkl. Auslandsreise- und Inlandsreise-Rückholkosten-Versicherung und Reise-Assistance- und Beistandsleistungen (MJRV AVB 2017 ARKV)

Die Reise-Assistance- und Beistandsleistungen gelten Unfall, Krankheit und Tod sowie bei anderen Notfällen im In- und Ausland.

§ 1 Was ist versichert?

Gegenstand der Versicherung ist

1. die Erstattung von Kosten gemäß § 2, die der versicherten Person während einer Auslandsreise entstehen;
2. die Erstattung von Kosten gemäß § 3, die der versicherten Person während einer Inlandsreise entstehen;
3. Beistandsleistungen (Assistance), die während einer Reise nötig werden.

Die Leistungsarten, die versichert sind, ergeben sich aus § 2. Aus dieser Bestimmung sind auch die Versicherungssummen ersichtlich. Auf die Obliegenheiten zur Erbringung der Leistungen (nachfolgende § 5, Kontaktaufnahme zu dem Assisteur) wird hingewiesen.

§ 2 Welche Leistungen sind versichert?

Bei Eintritt eines medizinischen Notfalls, d.h., einer erlittenen körperlichen Verletzung oder einer akut eingetretenen und unvorhergesehenen Erkrankung der versicherten Person während einer Reise, deren Beschwerden sich nicht schon vor Reisebeginn bemerkbar gemacht haben oder in Erscheinung getreten sind oder deren Folgen, zu denen bei Reiseantritt feststand, dass bei planmäßiger Durchführung der Reise Behandlungen stattfinden mussten.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Erkrankt die versicherte Person oder erleidet sie einen Unfall, werden folgende Leistungen erbracht:

1. Vermittlungsdienste/Organisation

- Information über Möglichkeiten der ambulanten Behandlung oder Benennung eines deutsch- oder englisch-sprechenden Arztes
- Vermittlung von Ärzten, Fachärzten, Labors, Spitälern
- Organisation des Versandes von
 - Medikamenten,
 - Blutplasma,
 - medizinisch-technischen Geräten und, soweit erforderlich, Vermittlung von an diesen Geräten geschultem Personal.

2. Heilbehandlungskosten

Erstattung der Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung infolge Krankheit oder Unfall. Es wird analog den vor Ort geltenden allgemeinen Krankenversicherungsleistungen (kein Privatarzt) geleistet.

Selbstbehalt: Ab einer Altersgrenze von 70 Jahren einer versicherten Person gilt ein Selbstbehalt in Höhe von 100 Euro je Schaden.

Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingung gelten:

- ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, Nähr-, Stärkungs- sowie kosmetische Präparate)
- ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen
- ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden und der Behandlung der Unfallfolgen dienen
- Röntgendiagnostik
- stationäre Behandlung, sofern diese in einer Anstalt erfolgt, die im Aufenthaltsland/-ort allgemein als Spital anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt, nach im Aufenthaltsland/-ort wirtschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeitet und Krankengeschichten führt
- Operationen
- schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (in Deutschland bis zum 1,7 fachen Satz

der GOZ bzw. GOÄ) sowie, bei Beschädigung von Zahnersatz, Maßnahmen zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit und zum Schutz und zur Erhaltung der verbleibenden Zahnschubstanz

3. Spitalaufenthalt

- Kontaktherstellung zwischen dem behandelnden und dem Hausarzt sowie Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten

- Information der Angehörigen

- Vermittlung eines spezialisierten Arztes mit einer eventuellen Konsultation am Spitalbett, sofern medizinisch notwendig

- Kostenübernahmegarantie gegenüber dem Spital (siehe Punkt 2 stationäre Behandlung), begrenzt auf bis zu 10.000 Euro für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer ohne Wahlleistungen, kein Privatarzt)

Der Versicherer nimmt namens und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit den zuständigen Kostenträgern vor. Kostenerstattungen sind dem Versicherer zur Berücksichtigung bei der Leistungsprüfung einzureichen. Es gilt das Bereicherungsverbot nach § 200 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

- Organisation der Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Spitalaufenthaltes und zurück
- Übernahme der Fahrt- bzw. Flugkosten (Economy Class) für eine einmalige Reise dieser Person zum Spital und zurück bis zu 2.500 Euro. Die Kosten des Aufenthaltes werden nicht übernommen.

4. Krankentransporte

- Organisation der unter genannten Krankentransporte der versicherten Person mit medizinisch geeigneten Transportmitteln (Ambulanz- oder Luftfahrzeugen) sowie der Begleitung einer der versicherten Person nahestehenden Person, soweit technisch durchführbar.
- Kostenübernahme bis zu 100.000 Euro weltweit für medizinisch sinnvolle Transporte der versicherten Person mit einem medizinisch geeigneten Transportmittel (Ambulanz- oder Luftfahrzeug). Die Entscheidung, ob die versicherte Person zu Lande oder in einem Luftfahrzeug transportiert wird, übernimmt der vom Assistenten beauftragte Arzt in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt. Versichert sind Transporte in das nächste für die Behandlung geeignete Spital oder zu einer Spezialklinik; Rücktransporte zum Wohnsitz der versicherten Person oder in das dem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Spital, sobald der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, sowie eventuell hierfür erforderliche Verlegungstransporte von Spital zu Spital.

5. Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze

- Organisation von Suchaktionen nach und Rettung/Bergung von Verletzten, (auch wenn ein Unfall nach den konkreten Umständen nur zu vermuten war), soweit diese nicht von örtlichen Behörden oder anderen Hilfsorganisationen übernommen werden.
- Kostenübernahme bis zu 5.000 Euro für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

6. Tod

Stirbt die versicherte Person während der Laufzeit des Vertrages auf einer Reise, werden alternativ folgende Leistungen (jeweils mit einfacher Sarg- oder Urnenausführung) bis zu 10.000 Euro außerhalb Europas bzw. 5.000 Euro innerhalb Europas erbracht:

- Überführung: Organisation und Kostenübernahme der Überführung des Toten zum Heimatort
- Bestattung: Organisation und Kostenübernahme der Bestattung im Ausland

§ 3 Inlandsreisen

Es besteht Versicherungsschutz für Krankentransporte, hier begrenzt bis zu maximal 10.000 Euro für Krankentransporte bzw. maximal 5.000 Euro bei Überführungen. Weiterhin besteht Versicherungsschutz für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze und Tod.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Neben den in § 12 MJRV AVB 2017 AB genannten Ausschlüssen besteht kein Versicherungsschutz für:

1. Schäden, die von der versicherten Person mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar waren
2. Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren
3. Schäden, die auf Ursachen zurückzuführen sind, die der versicherten Person vor Beginn des Auslandsaufenthaltes bekannt waren
4. Schwangerschaftsuntersuchungen und -behandlungen sowie Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen, sofern diese nicht durch eine unvorhergesehene akut eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter oder des ungeborenen Kindes erforderlich werden
5. Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden jedoch erstattet
6. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen
7. Hilfsmittel (zum Beispiel Brillen, Einlagen, Stützstrümpfe usw. sowie

sanitäre Bedarfsartikel wie Bestrahlungsanlagen und Fieberthermometer)

8. Zahnersatz, Stifzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlungen
9. Behandlung durch Heilpraktiker
10. Aufwendungen, die durch weder in der Bundesrepublik noch am Aufenthaltsort wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethoden und/oder Arzneimittel entstehen
11. Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen; in diesem Fall kann der Versicherer die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen; das Gleiche gilt für Übermaßberechnungen und wucherische Rechnungsstellungen

§ 5 Was gilt für die Erbringung von Versicherungsleistungen?

Beistandsleistungen

Die Beistandsleistungen werden vom Versicherer oder einer von ihm beauftragten Organisation (Assisteur) erbracht. Der Assisteur erbringt seine Dienstleistung innerhalb eines angemessenen Zeitraumes und in Abstimmung mit dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person. Es steht ihm jedoch frei, die Vertragspartner zu wählen, deren er sich zwecks Erbringung der Dienstleistungen bedient.

Bei einer Beauftragung Dritter, durch die Kosten entstehen, die nicht durch diese Versicherung gedeckt sind, hat der Assisteur das Recht, entsprechende finanzielle Garantien vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person zu fordern. In welcher Form und in welcher Höhe dies geschieht, bestimmt der Assisteur.

Der Assisteur ist nicht verantwortlich für jegliche Verspätung oder Behinderung bei der Ausführung der Leistungen, die im Zusammenhang mit folgenden Ereignissen stehen:

- Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse
- innere Unruhen, Streik, Aufstand, Vergeltungsmaßnahmen, Sabotageakte, Terrorismus oder andere Gewaltakte
- Anordnungen staatlicher Stellen
- Naturkatastrophen wie zum Beispiel Erdbeben, Vulkanausbruch oder Überschwemmung
- regionale Verseuchung durch nukleare Substanzen (Kernenergie)

Finanzielle Leistungen

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn

- die Rechnungs-Urschriften (Originale) oder
- Kopien mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers

über die gewährten Leistungen vorgelegt und die geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, erbracht worden sind. Diese werden Eigentum des Versicherers.

Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten.

Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten. Leistung oder deren Ablehnung durch die oben genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten.

Leistungen Dritter werden gemäß § 11 der AVB MJRV 2017 AB von Leistungen aus diesem Vertrag abgezogen.

§ 6 Wann sind Vorauslagungen zurückzuzahlen?

Sind gemäß § 5 Vorauslagungen vereinbart und übernehmen Dritte die Kosten nicht, so sind diese vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person innerhalb eines Monats nach Vorauslagung oder der Rückkehr an den Heimatort zurückzuzahlen.

§ 7 Was ist nach einem Versicherungsfall zu beachten? (Obliegenheiten)

Zu den allgemeinen Obliegenheiten sehen Sie bitte den § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MJRV AVB 2017AB).

Zusätzliche Obliegenheiten:

1. einen schriftlichen Nachweis zu erbringen, dass sich der Versicherungsfall während einer Reise ereignet hat
2. von dem Versicherer/der LTA darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte wahrheitsgemäß zu erbringen
3. dem Versicherer/der LTA jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe der Leistungspflicht zu gestatten
4. den Weisungen des Versicherers und denen der von ihm beauftragten Personen (Assisteur) zu folgen
5. darauf hinzuwirken, dass die von dem Versicherer zum Nachweis des Schadens angeforderten Unterlagen, insbesondere Kostenrechnungen und ärztliche Bescheinigungen, erstellt werden
6. Ärzte, welche die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, Spitäler und sonstige

Krankenanstalten, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, alle für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen

Die versicherte Person ist verpflichtet:

1. dem Assisteur **unverzüglich** vor Beginn der stationären Behandlung im Spital, umfänglicher ambulanter oder stationärer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie vor Abgabe von Zahlungsanerkennnissen unter Angabe aller Einzelheiten von einem Umstand, der eine Leistungspflicht zur Folge haben könnte, zu unterrichten
2. dem Assisteur insbesondere jede Spitalbehandlung **unverzüglich** nach ihrem Beginn anzuzeigen
3. sich auf Verlangen durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen

Folgende Punkte sind zu beachten:

1. Keine Zahlungsanerkennnis abgeben, sowohl bei ambulanter als auch stationärer Behandlung, bevor unsere Ärzte die in Rechnung gestellten Positionen geprüft haben
2. Keine Herausgabe von Daten der Kreditkarten oder anderen Zahlkarten bei jeglicher ärztlicher Behandlung
3. Umgehende Kontaktaufnahme mit unseren Ärzten bei Nötigung von Abschlagszahlungen oder schriftlichen Zahlungsverpflichtungen

Eine Obliegenheitsverletzung liegt insbesondere **nicht** vor, wenn

1. die versicherte Person einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
2. die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf nachgeht.
3. zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und eine umgehende Unfallmeldung deshalb unterblieb.
4. die Erfüllung einer Obliegenheit versehentlich unterblieb aber nach ihrem Erkennen umgehend erfüllt wurde.

§ 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Zu den Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzung sehen Sie bitte den § 9 der Allgemeinen Vertragsbedingungen (MJRV AVB 2017 AB) nach. Wird eine Obliegenheit nach § 7 vorsätzlich verletzt, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, insbesondere für Heilbehandlungen

gen oder sonstige Maßnahmen, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen, sowie für Übermaßberechnungen und wucherische Rechnungsstellungen, wenn nicht vor Behandlungsbeginn der medizinische Assistent (Ärzteteam in der Notrufzentrale) kontaktiert wird. Beides gilt nur, wenn durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen wurde.

Teil 4 / Bedingungen für die Reise-Stornokosten-Versicherung (MJRV AVB 2017 RR)

Spezielle Versicherungsbedingungen für den Jahresreisetarif *Flexible* für Kunden der Lifecard Travel Assistance GmbH Salzburg (LTA MJRV AVB 2017 Teil 3 – 8)

Die folgenden Speziellen Versicherungsbedingungen gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor.

§ 1 Was ist bei Nichtantritt der gebuchten und versicherten Reise versichert?

Bei Nichtantritt der gebuchten und versicherten Reise sind die vertraglich geschuldeten Stornokosten touristischer Leistungen aus dem versicherten Reisearrangement bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme versichert.

Wurde ein Doppelzimmer oder Familienzimmer zusammen mit einer bzw. mehreren Risikoperson gebucht, wird der Einzelzimmerzuschlag bzw. werden die Mehrkosten für die Unterkunft der reisenden Person/en erstattet, wenn eine oder mehrere der Risikopersonen die Reise stornieren müssen. Die Leistung erfolgt maximal bis zur Höhe der Stornokosten, die bei umgehend er Stornierung der Reise des bzw. der Versicherten angefallen wären, vorausgesetzt es besteht ein Anspruch auf Erstattung der Stornokosten gemäß der hier zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen.

Ausgenommen vom Versicherungsschutz sind Reiseleistungen, welche die versicherte Person dritten Personen, die nicht versichert sind, unentgeltlich zuwenden wollte. Der auf diese Zuwendung entfallende Anteil der Stornokosten ist nicht erstattungsfähig.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen erbringt der Versicherer die Leistung?

1. Versicherungsschutz besteht, wenn die planmäßige Durchführung der Reise nicht zumutbar ist, weil die versicherte Person selbst oder eine Risikoperson während der Dauer des Versicherungsschutzes

nach Buchung der Reise von einem der nachstehenden Ereignisse betroffen wird:

- Tod;
- schwere Unfallverletzung;
- unerwartete schwere Erkrankung, wenn diese nach Abschluss des Tarifes erstmalig auftritt oder bei bestehendem Versicherungsschutz nach Buchung der Reise erstmalig auftritt; Auch eine unerwartete Verschlechterung einer bereits bestehenden Erkrankung gilt als unerwartete Erkrankung, wenn in den letzten sechs Monaten vor Abschluss des Tarifes oder bei bestehendem Versicherungsschutz in den letzten sechs Monaten vor Reisebuchung keine ärztliche Behandlung erfolgte.
(Kontrolluntersuchungen gelten nicht als Behandlung);
- unerwartete Impfunverträglichkeit;
- Schwangerschaft;
- Verlust des Arbeitsplatzes der versicherten Person oder einer mitreisenden Risikoperson aufgrund einer unerwarteten betriebsbedingten Kündigung des Arbeitsplatzes durch den Arbeitgeber.
Wird die Reise nicht storniert, sondern angetreten, übernimmt der Versicherer die vertraglich geschuldete Restzahlung des Reisepreises, soweit An- und Restzahlung mit dem Reiseveranstalter vereinbart und auf der Buchungsbestätigung ausgewiesen wird;
- Unerwartete Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses oder Ausbildungsverhältnisses, sofern diese Person zum Zeitpunkt der Buchung als arbeitslos gemeldet war;
- Arbeitsplatzwechsel, vorausgesetzt die versicherte Reise wurde vor Kenntnis des Arbeitsplatzwechsels gebucht, es handelte sich zuvor um ein unbefristetes Arbeitsverhältnis und die versicherte Reisezeit fällt in die Probezeit der neuen beruflichen Tätigkeit, maximal jedoch in die ersten 6 Monate der neuen beruflichen Tätigkeit;
- Unerwartete Vorladung der versicherten Person oder einer mitreisenden Risikoperson als Zeuge in einem Gerichtsverfahren oder Einreichung der Scheidungsklage;
- Wiederholung einer nicht bestanden Prüfung an einer Berufs-, Fach- oder Hochschule, wenn die Wiederholungsprüfung unerwartet in die versicherte Reisezeit fällt oder innerhalb von 14 Tagen nach dem planmäßigem Reiseende stattfindet;
- Unerwartete Einberufung der versicherten Person zum Grundwehrdienst, zu einer Wehrübung oder zum Zivildienst, sofern der Termin nicht verschoben werden kann und die Stornokosten nicht von einem Kostenträger übernommen werden;
- Schaden am Eigentum der versicherten Person durch Feuer, Explosion, Sturm, Blitzschlag, Hochwasser, Erdbeben oder vorsätzlichen Straftat eines Dritten, sofern der Schaden erheblich

ist (mindestens 2.000 Euro) oder sofern die Anwesenheit der versicherten Person zur Aufklärung erforderlich ist;

- erhebliche Beschädigung und dadurch bedingte Unbewohnbarkeit der vorher von der versicherten Person gebuchten Unterkunft für eine versicherte Reise;
- unerwartete schwere Erkrankung und schwere Unfallverletzung eines in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Hundes.
- bei verspätetem Reiseantritt aus versichertem Grund werden die nachweislich entstandenen Mehrkosten der Anreise nach Art und Qualität der ursprünglich gebuchten und versicherten Anreise sowie der anteilige Reisepreis nicht genutzter Reiseleistungen von Ort, bis zur Höhe der geschuldeten Stornokosten, die bei unverzüglicher Stornierung der Reise angefallen wären, erstattet.
- Verkehrsmittel-Verspätung, bei Nachreise wegen einer Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel oder zeitlich gebuchter Beförderungsdienste um mehr als zwei Stunden werden die nachweislich entstandenen Mehrkosten der Anreise nach Art und Qualität der ursprünglich gebuchten Anreise erstattet. Die Erstattung erfolgt bis zur Höhe der geschuldeten Stornokosten, die bei unverzüglicher Stornierung der Reise angefallen wären.

2. Risikopersonen sind

- a) die nahen Angehörigen der versicherten Person.
- b) der Lebenspartner der versicherten Person oder einer der versicherten mitreisenden Personen.
- c) diejenigen, die den Bereich der wirtschaftlichen Tätigkeit eines Selbständigen, der versicherte, reisende Person ist, für die Dauer der Reise vertreten;
- d) diejenigen, die gemeinsam mit der versicherten Person eine Reise gebucht und versichert haben, und deren Angehörige.
- e) diejenigen, die nicht mitreisende minderjährige oder pflegebedürftige nahe Angehörige betreuen.

Bei mehr als vier versicherten Personen, die gemeinsam eine Reise gebucht haben und untereinander nicht nahe Angehörige sind, gelten nur die jeweiligen Angehörigen und der Lebenspartner der versicherten Person als Risikoperson gegenüber den versicherten Mitreisenden.

§ 3 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

Kein Versicherungsschutz besteht

1. für Risiken, die in § 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MJRV AVB 2017 AB) aufgeführt sind.
2. bei Niederkunft oder anderen medizinischen Komplikationen, die innerhalb von zwei Monaten vor der erwarteten Niederkunft entstehen.

3. wenn der versicherten Person Umstände bei der Buchung einer versicherten Reise bekannt waren, die geeignet sind die Stornierung oder den Abbruch der Reise herbeizuführen.
4. bei mangelnder Sorgfalt bezüglich der Wahl der Transportmittel, der Route oder der Abfahrtszeit.
5. sofern die Krankheit den Umständen nach als eine psychische Reaktion auf einen Terrorakt, ein Flugunglück oder aufgrund der Befürchtung von inneren Unruhen, Kriegsereignissen oder Terrorakten aufgetreten ist.
6. für Nichterfüllung seitens der Fluggesellschaft/des Reisebüros/ des Reiseveranstalters.
7. bei akuten Verschlechterungen/Schüben von chronischen, psychischen Erkrankungen.
8. bei Verlängerung eines befristeten Arbeitsverhältnisses, Versetzung innerhalb des Unternehmens oder Übernahme nach Ende der Ausbildung.

§ 4 Was muss die versicherte Person bei Eintritt eines der in § 2 genannten Ereignisse unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

Die versicherte Person ist verpflichtet,

1. die Reise umgehend nach Eintritt des versicherten Rücktrittsgrundes zu stornieren, um die Rücktrittskosten möglichst gering zu halten.
2. den Versicherungsnachweis und die Buchungsunterlagen mit der Stornokosten-Rechnung einzureichen; bei Stornierung von Objekten, wie zum Beispiel Ferienwohnung, Ferienhaus, Wohnmobil, Wohnwagen, Bootscharter zusätzlich eine Bestätigung des Vermieters über die Nichtweitervermietbarkeit des Objektes
3. schwere Unfallverletzung und unerwartete schwere Erkrankung auf dem Formular zur Schadenanzeige (ärztlicher Fragebogen) nachzuweisen; psychiatrische Erkrankungen durch ausführliche schriftliche Beantwortung des behandelnden Facharztes für Psychiatrie.
4. zum Nachweis des versicherten Ereignisses auf Verlangen des Versicherers
 - eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung einzureichen oder der Einholung einer Bestätigung des Arbeitgebers darüber zuzustimmen.
 - der Einholung eines fachärztlichen Attestes durch den Versicherer über die Art und Schwere der Krankheit sowie der Unzumutbarkeit zur planmäßigen Durchführung der Reise zuzustimmen und dem Arzt die notwendige Untersuchung zu gestatten.
5. bei Schaden am Eigentum oder durch Elementarereignisse und weiteren, versicherten Risiken geeignete Nachweise einzureichen.
6. bei Verlust des Arbeitsplatzes das Kündigungsschreiben als Nachweis vorzulegen.
7. bei Tod eine Sterbeurkunde vorzulegen.

§ 5 Welche Rechtsfolgen ergeben sich bei Verletzung von Obliegenheiten?

Zu den Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzung sehen Sie bitte den § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Jahres-Reiseversicherungen (MJRV AVB 2017 AB).

§ 6 Wie hoch ist die maximale Entschädigungsleistung und welchen Selbstbehalt müssen die versicherten Personen tragen?

Die Versicherungssumme beträgt 5.000 Euro je Einzeltarif, je Reise und 10.000 Euro je Partner- oder Familientarif, je Reise. Für allein beziehungsweise getrennt reisende Kinder und Erwachsene gilt je Person maximal eine Versicherungssumme von 5.000 Euro für Erwachsene und 2.500 Euro für Kinder, je Reise. Liegt der Gesamtreisepreis für versicherte Reiseleistungen über der Höhe der Versicherungssumme, wird die Entschädigungsleistung **im Verhältnis zur Versicherungssumme** erstattet.

Ab einer Altersgrenze von 70 Jahren einer versicherten Person gilt im Falle einer unerwarteten schweren Erkrankung ein Selbstbehalt von 20 % des erstattungsfähigen Schadens, je Reise für die versicherten Personen. Bei allen anderen Ereignissen in diesem Abschnitt entfällt der Selbstbehalt.

§ 7 Vermittlungsentgelte, Gebühren und Kosten

Der Versicherer erstattet dem Reisevermittler von der versicherten Person geschuldete Vermittlungsentgelt, sofern dieses bereits zum Zeitpunkt der Buchung der Reise vereinbart, geschuldet und in Rechnung gestellt wurde. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person einen Anspruch auf Ersatz der Stornokosten gemäß § 2 hat. Nicht erstattet werden Kosten, die dem Reisevermittler erst infolge der Stornierung der Reise geschuldet werden (zum Beispiel Bearbeitungsgebühren für die Reisestornierung) sowie für Gebühren oder den Verlust von Nutzungsrechten bei Timesharing-Vermittlung.

In Verbindung mit der Reise-Stornokosten-Versicherung gilt der Reise-Ausfallschutz.

Teil 5 / Bedingungen für den Reise-Ausfallschutz (Reiseabbruchkosten-Versicherung) (MJRV AVB 2017 RA)

§ 1 Welche zusätzlichen Leistungen bietet der Versicherer bei Abbruch und Unterbrechung einer gebuchten und versicherten Reise?

1. Kostenerstattung bei Abbruch der Reise

Der Versicherer erstattet bei nicht planmäßiger Beendigung der

Reise aus einem der in § 2 MJRV AVB 2017 RR genannten Gründe, ausgenommen sind die aufgeführten, versicherten Ereignisse bei Hunden, wenn diese mitreisen (§ 2 MJRV AVB 2017 RR) die nachstehenden Kosten

- a) die nachweislich entstandenen zusätzlichen Rückreisekosten nach Art und Qualität der gebuchten und versicherten Reise, sofern An- und Abreise mitgebucht sind
- b) den Wert der gebuchten und noch nicht genutzten Reiseleistung mit Ausnahme der Rückreisekosten. Ausgenommen vom Versicherungsschutz sind nicht genutzte Reiseleistungen, welche die versicherte Person dritten Personen, die nicht versichert sind, unentgeltlich zuwenden wollte. Der auf diese Zuwendung entfallende Anteil der nicht genutzten Reiseleistungen ist nicht erstattungsfähig.
- c) die zusätzlichen Kosten der Unterkunft der versicherten Person nach Art und Klasse der gebuchten und versicherten Leistung, wenn für die versicherte Person die planmäßige Beendigung der Reise nicht zumutbar ist, weil eine mitreisende Risikoperson wegen schwerer Unfallverletzung oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht transportfähig ist und über den gebuchten Rückreisetermin hinaus in stationärer Behandlung bleiben muss.

2. Kostenerstattung bei Reiseunterbrechung

- a) Kann die versicherte Person einer gebuchten Rundreise wegen Krankheit oder Unfallverletzung vorübergehend nicht folgen, so erstattet der Versicherer die Nachreisekosten zum Wiederschluss an die Reisegruppe, höchstens jedoch den Wert der noch nicht genutzten weiteren Reiseleistung.
- b) Wird die Reise aufgrund eines in § 2 MJRV AVB 2017 RR genannten Ereignisses in ihrem ursprünglichen Verlauf unterbrochen, werden die im Voraus gebuchten und für diesen Zeitraum nicht genutzten Reiseleistungen erstattet.

§ 2 Wie hoch ist die maximale Entschädigungsleistung und welchen Selbstbehalt muss/müssen die versicherte/n Person/en tragen?

Die Versicherungssumme beträgt 5.000 Euro je Einzeltarif, je Reise und 10.000 Euro je Partner- oder Familientarif, je Reise. Für allein bzw. getrennt reisende Kinder und Erwachsene gilt je Person maximal eine Versicherungssumme von 5.000 Euro für Erwachsene und 2.500 Euro für Kinder, je Reise.

Ab einer Altersgrenze von 70 Jahren einer versicherten Person gilt im Falle einer unerwarteten schweren Erkrankung ein Selbstbehalt von 20 % des erstattungsfähigen Schadens, je Reise für die versicherten Personen. Bei allen anderen Ereignissen in diesem Abschnitt entfällt der Selbstbehalt.

Die maximale Entschädigungsleistung erfolgt

- a) für nicht in Anspruch genommene Reiseleistungen in Höhe des versicherten Gesamtreisepreises.
- b) grundsätzlich für alle erstattungsfähigen Kosten in Höhe von maximal 10.000 Euro. Die Kosten nach § 1 Ziff. 1 a) sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Liegt der Gesamtreisepreis für versicherte Reiseleistungen über der Höhe der Versicherungssumme, wird die Entschädigungsleistung im **Verhältnis zur Versicherungssumme** erstattet.

§ 3 Obliegenheiten der versicherten Person nach Eintritt eines der in § 2 der MJRV AVB 2017 RR genannten Ereignisse unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

1. Wird die Reise wegen Krankheit oder Unfallverletzung der versicherten Person nicht planmäßig beendet oder unterbrochen, so hat sich die versicherte Person **unverzüglich** in ärztliche Behandlung vor Ort zu begeben und (insbesondere bei stationärem Spitalaufenthalt), **unverzüglich** Kontakt über die Notruf-Nummer zum ärztlichen Dienst aufzunehmen und dessen Anweisungen Folge zu leisten. Die versicherte Person hat sich qualifizierte Arzt- und Spitalberichte persönlich aushändigen zu lassen und zum Nachweis, dass die planmäßige Beendigung oder Fortführung der Reise wegen der Schwere der Erkrankung nicht möglich oder nicht zumutbar war, zusammen mit den Reiseunterlagen einzureichen.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, die etwaigen notwendig gewordenen Beförderungs- und Übernachtungskosten so gering wie möglich zu halten und die Höhe der Kosten für gebuchte, aber nicht mehr in Anspruch genommene Reiseleistungen nachzuweisen.

§ 4 Welche Rechtsfolgen ergeben sich bei Verletzung von Obliegenheiten?

Zu den Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzung sehen Sie bitte den § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MJRV AVB 2017 AB).

Teil 6 / Bedingungen für die Umbuchungsgebühren-Jahresversicherung (JRV AVB 2017 UMB)

Was ist versichert?

Es werden der versicherten Person die vertraglich geschuldeten Aufwendungen für reisevertragliche Änderungen (Umbuchungen) beziehungsweise Änderungs-Stornierungen von im Voraus gebuchten Flügen und Unterkünften **aus persönlichen Gründen** erstattet.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen erbringt der Versicherer die Leistung?

1. Der Versicherungsschutz für diese Leistung gilt nur, wenn dieser gemeinsam mit den Leistungen der Reise-Stornokosten-Versicherung vereinbart wird.
2. Die Umbuchung/Änderungsstornierung muss bis spätestens 21 Tage vor Reisebeginn erfolgen.

§ 3 In welcher Höhe leistet der Versicherer Entschädigung für Umbuchungen beziehungsweise Änderungs-Stornierungen?

Erstattet werden bis zu maximal die Hälfte der vertraglich geschuldeten Stornokosten, die bei unverzüglicher Stornierung anfallen würden.

§ 4 In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

Zusätzlich zu § 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (JRV AVB 2017 AB) gewährt diese Versicherung keine Deckung im Fall von:

1. Krieg, Terrorismus und Massenvernichtung, ungeachtet dessen, ob Krieg erklärt wurde oder nicht; Feindseligkeiten bzw. Kriegs- bzw. Bürgerkriegshandlungen
2. radioaktiver Verseuchung
3. Teilnahme der versicherten Person an jeglicher Art von Flugaktivitäten, außer als Passagier
4. bewusster Aussetzung gegenüber einer ungewöhnlichen Gefahr (außer im Versuch, Menschenleben zu retten) der versicherten Person
5. einer vorsätzlichen Straftat der versicherten Person

Teil 7 / Bedingungen für die Reise-Unfallversicherung (MJRV AVB 2017 RU)

§ 1 Was ist versichert?

1. Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
2. Der Versicherungsschutz
 - umfasst Unfälle in der ganzen Welt
 - gilt rund um die Uhr
 - besteht für alle Unfälle für die Dauer von Urlaubsreisen gemäß § 2 der LTA MJRV AVB 2017 AB.
3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

4. Als Unfall gilt auch,

4.1 wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden

4.2 Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, sowie tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Caissonkrankheit, Barotrauma), ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann.

5. Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (§ 3 und § 5), die Ausschlüsse (§ 4) sowie die Reduzierung der Versicherungssummen ab dem 70. Lebensjahres (§ 2 Satz 3) wird hiermit hingewiesen. Sie gelten für alle Leistungsarten.

§ 2 Welche Leistungsarten sind versichert?

Die vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen sind:

- bei Invalidität 25.000 Euro
- im Todesfall 10.000 Euro

Die Versicherungssummen gelten für Personen bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres; danach reduzieren sich die Versicherungssummen auf 50 %. Eine Dokumentierung dieser Änderung erfolgt nicht. Im Versicherungsfall wird das Alter der versicherten Person festgestellt und die Zahlung der Leistung erfolgt entsprechend.

1. Invaliditätsleistung

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

1.2 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt in Textform festgestellt und von Ihnen unter Vorlage eines Arztattestes bei uns geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

1.3 Art und Höhe der Leistung

1.3.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

1.3.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

1.3.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

- Arm 70 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 65 %
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks 60 %
- Hand 55 %
- Daumen 20 %
- Zeigefinger 10 %
- anderer Finger 5 %
- Bein
 - über der Mitte des Oberschenkels 70 %
 - bis zur Mitte des Oberschenkels 60 %
 - bis unterhalb des Knies 50 %
 - bis zur Mitte des Unterschenkels 45 %

- Fuß 40 %
- große Zehe 5 %
- andere Zehe 2 %
- Auge 50 %
 - sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war 70 %
- Gehör auf einem Ohr 30 %
 - sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war 50 %
- Geruchssinn 10 %
- Geschmackssinn 5 %
- Stimme 70%

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

1.3.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

1.3.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach § 2 Abs. 1.3.2.1 und Abs. 1.3.2.2 zu bemessen.

1.3.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

1.3.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
 - gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,
- und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2. Todesfall-Leistung

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten in nachfolgender § 6 Abs. 2 weisen wir hin.

2.2 Höhe der Leistung

Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

§ 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Neben den Ausschlüssen in § 12 der LTA MJRV AVB 2017 AB gelten folgende Ausschlüsse:

1. Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle

1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch,

- wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren;
- für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf Trunkenheit beruhen; beim Lenken eines Motorfahrzeuges jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter dem Promillesatz liegt, der nach jeweils geltender Rechtsprechung als Volltrunkenheit definiert wird.

1.2 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürger-

kriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.

1.3 Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

1.4 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

2. Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen

2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach § 1.3 die überwiegende Ursache ist.

2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Einwirkung von Röntgen-, Laser-, Maser- und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch,

- wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren,
- für gewaltsame Eingriffe durch Dritte.

2.4 Infektionen

2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach § 4 Abs. 2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten,
- durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Borreliose,
- bei der Ausübung der Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervor geht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchgetrennt sein muss, oder durch plötzliches Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt § 4 Abs. 2,3,Satz 2 entsprechend.

2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Eingeschlossen sind jedoch Vergiftungen durch eine einmalige Einnahme eines giftigen Nahrungsmittels, vorausgesetzt, eine daraus resultierende Gesundheitsschädigung tritt innerhalb von 48 Stunden ein und wird innerhalb dieser Zeit ärztlich festgestellt. § 2 Abs. 1.2, Satz 2 wird hier insoweit eingeschränkt.

2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, die sich nicht unmittelbar und ursächlich auf eine organische Verletzung/ einen organischen Schaden zurückführen lassen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche: Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

§ 5 Welche kumulierte Höchstentschädigung gilt in der Reise-Unfallversicherung?

Werden mehrere durch einen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherte Personen durch ein in unmittelbarem zeitlichen und räumlichen Zusammenhang stehendes Ereignis verletzt oder getötet, so gelten 20.000.000 Euro als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle betroffenen versicherten Person zusammen.

Die für die einzelnen versicherten Personen vereinbarten Versiche-

rungssummen ermäßigen sich in diesem Fall nach dem Verhältnis der einzelnen Versicherungssummen zum Gesamtschaden aller betroffenen Personen bezogen auf die gemeinsame Höchstversicherungssumme. Falls die Möglichkeit besteht, dass die gemeinsame Höchstversicherungssumme überschritten werden könnte, wird die Versicherungsleistung für jede versicherte Person erst dann fällig, wenn die nötigen Erhebungen bezogen auf das in Satz 1 genannte Ereignis insgesamt abgeschlossen sind.

§ 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Neben den Obliegenheiten in § 8 MJRV AVB 2017 AB bestehen folgende Obliegenheiten:

Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person umgehend

- einen Arzt hinzuziehen,
- seine Anordnungen befolgen und
- uns unterrichten.

1. Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.

2. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Die Folgen der Nichtbeachtung von Obliegenheiten sind § 8 LTA MJRV AVB 2017 AB zu entnehmen.

§ 8 Wann sind die Leistungen fällig?

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch und der Unfallrente innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
 - Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist;
 - bei der Unfallrente zusätzlich die ärztliche Bescheinigung über eine voraussichtliche dauerhafte Invalidität von mindestens 50 %
- Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer sofern

dieser das Gutachten in Auftrag gegeben haben. Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

2. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder hat er sich mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, erfolgt die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

3. Vorschüsse auf eine Invaliditätsleistung

Für die Invaliditätsleistung nach § 2.1 gilt:

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

4. Neubemessung der Invalidität

4.1 Sie und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

4.2 Dieses Recht gilt für Sie und den Versicherer bis zu drei Jahre nach dem Unfall.

4.3 Dieses Recht muss vom Versicherer zusammen mit seiner Erklärung über die Leistungspflicht nach § 1 von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

4.4 Um Ihr Recht auf Neubemessung der Invalidität gemäß § 4.1 fristgemäß gemäß § 4.2 und 4.3 durchführen zu können, müssen Sie dem Versicherer die Möglichkeit geben, einen Arzt rechtzeitig vor Ablauf der Frist mit der Untersuchung der versicherten Person zu beauftragen. Ihre Erklärung, das Recht ausüben zu wollen, sollte dem Versicherer daher möglichst drei Monate nach unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach § 1, muss uns aber spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach § 4.2 vorliegen.

5. Ergibt die endgültige Bemessung des Invaliditätsgrades für die Invaliditätsleistung nach § 2.1 eine höhere Leistung als der Versicherer bereits erbracht hat, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB zu verzinsen.

Teil 8 / Bedingungen für die private Reise-Haftpflichtversicherung (MJRV AVB 2017 R-PHV)

§ 1 Was ist versichert?

Versicherungsschutz besteht für den Fall, dass die versicherte Person wegen eines während der Wirksamkeit des Versicherungsvertrages eingetretenen Schadenereignisses, das

- den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder
- die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte,

für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.

§ 2. Wofür besteht Versicherungsschutz?

1. Versicherte Gefahren

Der Versicherungsschutz erstreckt sich – im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen – auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson auf Urlaubsreisen aus den Gefahren des täglichen Lebens. Versicherte Gefahren des täglichen Lebens sind Tätigkeiten insbesondere

1.1 als Familien- und Haushaltsvorstand (z.B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige);

1.2 als Radfahrer;

1.3 aus der Ausübung von Sport, ausgenommen die Ausschlüsse unter § 4.2;

1.4 aus dem erlaubten privaten Besitz und aus dem Gebrauch von Hieb-, Stoß- und Schusswaffen sowie Munition und Geschossen, nicht jedoch zu Jagd Zwecken oder zu strafbaren Handlungen;

1.5 als Reiter bei Benutzung fremder Pferde zu privaten Zwecken. Nicht versichert sind Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder Tiereigentümer gegen die versicherte Person;

1.6 als Halter oder Hüter von zahmen Haustieren, gezähmten Kleintieren und Bienen – nicht jedoch von Hunden, Rindern, Pferden, sonstigen Reit- und Zugtieren, wilden Tieren sowie von Tieren, die zu gewerblichen oder landwirtschaftlichen Zwecken gehalten werden;

1.7 als Mieter (nicht Dauermieter, Pächter, etc.) anlässlich von Urlaubsreisen angemieteter Appartements, Hotel-/ Pensionszimmern und Häusern zu Wohnzwecken.

2. Nicht oder eingeschränkt versicherte Gefahren

2.1 Berufliche und sonstige Tätigkeiten

Ausgeschlossen sind die Gefahren eines Betriebes, Berufes, Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes), einer verantwortlichen Betätigung in Vereinigungen aller Art oder einer ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung.

2.2 Kraft-, Luft- und Wasserfahrzeuge

2.3 Nicht versichert ist die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.

2.4 Versichert ist jedoch die Haftpflicht wegen Schäden, die verursacht werden durch den Gebrauch von

- 2.4.1 Flugmodellen, unbemannten Ballonen und Drachen;
- die weder durch Motoren noch durch Treibsätze angetrieben werden;
 - deren Fluggewicht 5 kg nicht übersteigt;
 - für die keine Versicherungspflicht besteht;
- 2.4.2 Wassersportfahrzeugen, ausgenommen eigene Segelboote und eigene oder fremde Wassersportfahrzeuge mit Motoren – auch Hilfs- oder Außenbordmotoren – oder Treibsätzen.

§ 3 Welche Leistungen werden bis zu welcher Höhe erbracht?

1. Art der Leistungen

Der Versicherungsschutz umfasst

- 1.1 die Prüfung der Haftpflichtfrage;
- 1.2 die Abwehr unberechtigter Schadenersatzansprüche;
- 1.3 Freistellung des Versicherungsnehmers von berechtigten Schadenersatzverpflichtungen;
- Berechtigt sind Schadenersatzverpflichtungen dann, wenn die versicherte Person aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleiches zur Entschädigung verpflichtet ist und wir hierdurch gebunden sind. Anerkenntnisse und Vergleiche, die von der versicherten Person ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen werden, binden diesen nur, soweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte. Ist die Schadenersatzverpflichtung der versicherten Person mit bindender Wirkung für den Versicherer festgestellt, hat der Versicherer die versicherte Person binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freizustellen.
- 1.4 die gebührenordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit dem Versicherer besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers für eine vom Versicherer gewünschte oder genehmigte Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann;
- 1.5 die Sicherheitsleistung oder Hinterlegung an Stelle der versicherten Person, wenn die versicherte Person für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten hat oder ihr die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen wird;
- 1.6 die Führung eines Rechtsstreits im Namen der versicherten Person, wenn es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen der versicherten Person und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger kommt.
- Die Kosten des Rechtsstreits werden vom Versicherer übernommen.*

2. Höhe der Leistungen

2.1 Höchstgrenze je Schadenereignis

2.1.1 Die Entschädigungsleistung ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt.

Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache gelten als ein Schadenereignis.

Die Gesamtleistung für alle Schadenereignisse eines Versicherungsjahres wird auf das Zweifache der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

2.1.2 Die Aufwendungen für Kosten gemäß § 1.6 werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet, sofern der Rechtsstreit nicht in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) oder Kanada stattfindet.

Übersteigen die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Versicherungssumme, trägt der Versicherer die Prozesskosten im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe dieser Ansprüche.

Der Versicherer ist in solchen Fällen berechtigt, ihm durch Zahlung der Versicherungssumme und eines der Versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten von weiteren Leistungen zu befreien.

2.1.3 Hat die versicherte Person an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem selben Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme beziehungsweise ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente erstattet.

2.1.4 Bei der Berechnung des Verhältniswertes wird der Kapitalwert der Rente sowie die Höhe der Deckung nach der hierzu der zuständigen Aufsichtsbehörde gegenüber abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung bestimmt.

2.2 Höchstleistung bei Mietsachschäden

Für Versicherungsleistungen aus Mietsachschäden gemäß § 2.1.7 wird die Ersatzleistung auf die im Versicherungsvertrag genannten Summe je Versicherungsfall und je Versicherungsjahr begrenzt.

2.3 Begrenzung bei durch die versicherte Person verursachten Mehrkosten: Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich am Verhalten der versicherten Person scheitert, so hat der Versicherer den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Entschädigungsleistung, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

2.4 Andere Haftpflichtversicherungen

Gemäß § 11 MJRV AVB 2017 geht ein anderweitig bestehender Versicherungsschutz dieser Reise-Haftpflichtversicherung voran.

§ 4 Wann besteht kein Versicherungsschutz? (Ausschlüsse)

Neben den in § 12 MJRV AVB 2017 genannten Ausschlüssen besteht kein Versicherungsschutz für Haftpflichtansprüche,

1. soweit sie auf Grund des Vertrags oder besonderer Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
2. aus Schäden infolge
 - der Ausübung von Jagd
 - Teilnahme an Pferde- Rad- oder Kraftfahrzeug-Rennen, Box- oder Ringkämpfen, sowie den Vorbereitungen hierzu (Training);
3. aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben;
Als Angehörige gelten Ehegatten/Lebensgefährten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).
4. zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages;
5. von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen;
6. wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn die versicherte Person diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
Eingeschlossen sind aber Schäden an gemieteten Räumen/Häusern und deren Ausstattung gemäß § 2.1.7 (Mietsachschäden). Ausgeschlossen bleiben hierbei
 - Haftpflichtansprüche wegen Abnutzung, Verschleißes und übermäßiger Beanspruchung,
 - Schäden an Heizungs-, Kessel-, und Warmwasserbereitungsanlagen,
 - an Elektro- und Gasgeräten,
 - Haftpflichtansprüche, die unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadenereignissen fallen.
7. die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind;

8. die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z.B. Strahlen von radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen) sowie mit Laser- und Maserstrahlen;
9. durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässerschäden) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden;
10. aus Sachschaden, welcher entsteht
 - durch allmähliche Einwirkung der Temperatur, von Gasen, Dämpfen oder Feuchtigkeit, von Niederschlägen (Rauch, Ruß, Staub und dgl.);
 - durch Abwässer, Schwammbildung, Senkungen von Grundstücken (auch eines darauf errichteten Werkes oder eines Teiles von solchen), durch Erdbeben, Erschütterungen infolge Rammarbeiten, durch Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer;
 - aus Flurschaden durch Weidevieh und aus Wildschaden.
11. wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung und der Bereitstellung elektronischer Daten, soweit es sich handelt um
 - 11.1. Löschung, Unterdrückung, Unbrauchbarmachung oder Veränderung von Daten,
 - 11.2. Nichterfassen oder fehlerhaftem Speichern von Daten,
 - 11.3. Störung des Zugangs zum elektronischen Datenaustausch,
 - 11.4. Übermittlung vertraulicher Daten oder Informationen;
12. wegen Schäden aus Persönlichkeits- oder Namensrechtsverletzungen.
13. wegen Schäden aus Anfeindung, Schikane, Belästigung, Ungleichbehandlung oder sonstigen Diskriminierungen;
14. wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person resultieren. Das gleiche gilt für Sachschäden und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden, die durch Krankheit der der versicherten Person gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind. In beiden Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person beweist, dass sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.

§ 5 Was ist im Versicherungsfall zu tun? (Obliegenheiten)

Sie bzw. die versicherte Person haben, neben den Obliegenheiten in § 8 MJRV AVB 2017 bei Eintritt eines Versicherungsfalles folgende Obliegenheiten:

1. Schadenanzeige

- 1.1 Jeder Versicherungsfall ist uns umgehend anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben wurden.
- 1.2 Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch

erhoben, ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet, ein Mahnbescheid erlassen oder ihr gerichtlich der Streit verkündet, haben Sie bzw. die versicherte Person dies ebenfalls umgehend anzuzeigen.

2. Mahnbescheide/Verfügungen

Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadensersatz müssen Sie fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weissung von uns bedarf es nicht.

3. Prozessführung

Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, hat sie die Führung des Verfahrens dem Versicherer zu überlassen. Der Versicherer beauftragt im Namen der versicherten Person einen Rechtsanwalt. Diese muss dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.

4. Bevollmächtigung

- 4.1 Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs uns zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.
- 4.2 Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist sie verpflichtet, dieses Recht auf ihren Namen vom Versicherer ausüben zu lassen.

5. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Die Folgen von Obliegenheitsverletzungen entnehmen Sie bitte § 9 MJRV AVB 2017.

oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

2 Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

3 Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie zum Beispiel beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag bzw. in Schaden-/Leistungsanzeigen auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Antragsdaten, zum Beispiel Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum; Beruf. Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, zum Beispiel eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie zum Beispiel den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

Teil 9 / Merkblatt zur Datenverarbeitung

1 Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht

Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jede Vertragsänderung und im Schadensfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören zum Beispiel frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen zentrale Hinweissysteme, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiel Unfallversicherer: Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher

Obliegenheitsverletzung im Versicherungsfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen, außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.
Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

Beispiel Sachversicherer: Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind. **Zweck:** Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs

Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie ggf. durch einen Vermittler betreut. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, zum Beispiel Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden Sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

4 Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Reisen mit Sicherheit

Mit unserem **Reiseschutz Flexible** haben Sie alle Möglichkeiten Ihre Reisen in und außerhalb Österreichs ein ganzes Jahr lang zu versichern. Ob Sie dabei nur Ihre Reisekosten erstattet oder im Urlaub auch unfallversichert sein wollen, mit unseren Tarif-Bausteinen können Sie sowohl Einzelleistungen buchen oder auch Ihren Reiseschutz beliebig kombinieren. Und das Ganze zu einem günstigen Preis-/Leistungsverhältnis.

- ✓ **Auslandsreise-Krankenversicherung**
 - inklusive Auslandsreise-Rückholkosten
 - inklusive Inlandsreise-Rückholkosten
 - Reise-Assistance- und Beistandsleistungen
- ✓ **Reise-Stornokosten-, Reiseabbruchkosten-**
- ✓ **und Umbuchungsgebühren-Versicherung**
 - Höhe der Versicherungssumme:
 - 5.000 Euro je Einzelvertrag/je Reise
 - 10.000 Euro je Partner-/Familienvvertrag/je Reise
- ✓ **Reise-Unfall- und Reise-Haftpflichtversicherung**
- ✓ **Notruf- und Servicezentrale**

Unser
**Ganzjahres-
Reiseschutz** für
Individualisten

LTA ist eine Empfehlung von:



Lifecard Travel Assistance GmbH

Service-Nr.: +43 (0) 662 876402

Fax: +43 (0) 662 876944

www.lta-reiseschutz.at