

Travel Insurance

Insurance Product Information Document
Company: AWP P&C S.A., Germany Branch

Product: MAWISTA Visum Comfort

This information sheet provides you with a brief overview of the essential contents of our insurance product. The insurance cover is exhaustively described in the General Policy Conditions. To be fully informed, please read all documents.

What is this type of insurance?

MAWISTA Visum Comfort is a comprehensive Travel Insurance and includes the following benefits: Foreign Travel Health Insurance, Patient Repatriation Transportation, Travel Assistance and Travel Liability Insurance.



What is insured?

Foreign Travel Health Insurance and Travel Assistance

Which events are insured?

✓ Illness or accident during the temporary travel in the agreed area of validity

What will be reimbursed?

✓ Costs for outpatient treatment by a physician

✓ Costs for medical treatment and medication prescribed by a physician

✓ Costs for inpatient treatment in a hospital

✓ Up to € 5,000 for the costs of search, rescue and recovery measures after an accident

Deductible for all insured events:

For persons up to 64 years of age: No deductible

For persons from 65 up to 80 years of age:

- € 100 per person in case of outpatient treatment

- € 500 per person in case of outpatient treatment

As part of Travel Assistance: Assistance for personal emergencies (illness, accident, death) and organisation of repatriation with medically adequate means, as soon as this is medically advisable and reasonable.

Patient Repatriation Transportation

✓ Reimburses the costs of the medically advisable and appropriate return transportation to the nearest suitable hospital to the place of residence and, in the event of death, the repatriation of mortal remains.

Travel Liability Insurance

✓ Provides insurance cover if third parties assert claims for damages based on a damaging event that occurred during your travel.

Sums insured: € 1,000,000 per person in case of personal injury and damage to property, € 250,000 for damage to rented property



What is not insured?

Foreign Travel Health Insurance and Travel Assistance

- x Benefits in those countries in which the insured person has a permanent residence.
- x Medical treatment and other measures ordered by a physician that the insured person knew were necessary prior to inception of insurance cover or at the time of taking out the insurance or which he or she could have expected in the circumstances of which he or she was aware.
- x Massage and wellness treatment, fango and lymph drainage
- x Childbirth after the 36th week of pregnancy as well as abortions and the consequences thereof that are not medically indicated and can be postponed

Travel Liability Insurance

- x Liability claims among and between insured persons travelling together
- x Loss or damage caused by the use of a motor vehicle, aircraft or motor-driven watercraft



Are there any restrictions on cover?

Foreign Travel Health Insurance and Travel Assistance

- ! A maximum of € 250 for dental treatment and repairs to dentures and provisional dentures after an accident
- ! Costs of medical treatment up to the day the insured is fit to be transported, however a maximum of 45 days from the start of medical treatment
- ! In Germany, medical and dental treatment as an outpatient is reimbursed at the 1.8 fold rate of the Scale of Medical Fees (GOA) or the Scale of Dental Fees (GOZ), services mainly of a medico-technical nature are reimbursed at a 1.3 fold rate at the maximum, laboratory services at a 1.15 fold rate at the maximum
- ! The costs of inpatient hospital treatment are reimbursed according to the applicable regular rate of the local health insurance responsible for the locality.



Where am I covered?

✓ Germany, Switzerland and Schengen states; no insurance cover is provided in those countries, in which the insured person maintains a permanent residence.



What are my obligations?

- You are obliged to report the damage or loss to us promptly.

Foreign Travel Health Insurance and Patient Repatriation Transportation

- In case of severe injuries or serious illnesses, particularly prior to hospitalisation, you have to contact the Assistance immediately.

Travel Liability Insurance

- If a claim has been asserted against you, you must notify us thereof within one week. If the liability claim is taken to a court of law, you shall allow us to conduct the proceedings and grant the legal counsel full power of attorney.



When and how do I pay?

The premium is due as soon as the insurance contract is concluded and must be paid by the chosen means of payment upon delivery of the insurance policy.



When does the cover start and end?

Insurance cover commences:

- for the insured person from a visa requiring country within the before entry agreed term upon crossing the border into a country included in the agreed area of validity and ends with the departure from the agreed area of validity, however at the latest at the time agreed.
- for the insured person from a non visa requiring country within the agreed term and ends with the departure from the agreed area of validity, however at the latest at the time agreed.
- when agreed to insurance contracts after the entry to a country included in the agreed area, after a waiting period of 7 days – 0:00 a.m. on day 8 – from the attachment date. In case of an accident, insurance cover shall apply from the inception of insurance cover.

The maximum per year for a term of insurance is 183 days.

Insurance cover shall be provided insofar as the insurance policy is purchased within one month after the insured person's arrival to the area of validity or within one week after the expiration of an insurance contract with validity from the date of entry.



How do I cancel the contract?

The insurance contract ends at the agreed point in time. You do not have to cancel.

Overview of Benefits

MAWISTA VISUM Comfort

• Foreign Travel Health Insurance

Deductible for all insured events:

For persons up to 64 years of age: No deductible

For persons from 65 up to 80 years of age:

- € 100 per person in case of outpatient treatment
- € 500 per person in case of outpatient treatment

• Patient Repatriation Transportation

• Travel Assistance

• Travel Liability Insurance

Sum insured: € 1,000,000 per person in case of personal injury and damage to property, € 250,000 for damage to rented property.

We are there for you

Assistance in an emergency

If you require **help in an emergency** the Assistance is there for you. Our **24-hour emergency service** guarantees rapid and expert assistance all over the world!

Phone: +49.89.6 24 24-496

Important for help in an emergency:

- Please hold the exact address and phone number of your current whereabouts ready to hand.
- Note down the name of your contacts, e.g. physician, hospital or police.
- Describe as exactly as possible the facts of the case and have the necessary information at hand.

Notification of claim

The simplest and quickest way of notifying us of your claim is via

www.mawista.com/schaden-melden

(or alternatively by post to our Claims Department).

AWP P&C S.A.

Niederlassung für Deutschland

(Germany Branch)

MAWISTA Schadenabteilung

Bahnhofstraße 16

D - 85609 Aschheim (near Munich)

Telefon: +49.89.6 24 24-0

Telefax: +49.89.6 24 24-222

General information in the event of claim

What do you do in any case of damage?

The insured person must minimise and document the damage as far as possible. For this reason, please ensure that you have suitable proof of the occurrence of the damage (e.g. confirmation of damage, medical certificate) and of the extent of damage (e.g. bills, receipts).

What should you do if you fall ill, injure yourself or any other emergency occurs during travel? (Travel Health Insurance / Patient Repatriation Insurance / Travel Assistance)

Please immediately contact the Assistance in case of severe injuries or serious illnesses, particularly prior to hospitalisation, so that adequate treatment or repatriation transport can be ensured. For the reimbursement of the costs you have paid at the location, please submit **original bills and/or prescriptions**.

Important: The bills must show the name of the person receiving treatment, the name of the illness, the treatment data and the individual medical services provided and the costs of these. Prescriptions must provide information on the medications prescribed, the prices and bear the stamp of the pharmacy.

What should you remember for claims under the Travel Liability Insurance?

Please note the **names and addresses of witnesses** who saw the damaging event. Ask for a **copy of the police report** if the police was called in to investigate the matter. Notify AWP and submit these documents and information with your loss report.

Table of contents

Data Protection and Insurance Information	2
Terms and Conditions	3
General Provisions	3
Foreign Travel Health Insurance	3
Patient Repatriation Transportation	3
Travel Assistance	4
Travel Liability Insurance	4

Please note the following important information

Scope of validity: Germany, Switzerland and Schengen states; no insurance cover is provided in those countries, in which the insured person maintains a permanent residence.

Maximum insured travel duration: The insurances are valid for the agreed term, maximum 183 days.

Insurable persons: Insurable are persons up to an age of 80 who do not maintain a permanent residence in the country to visit.

Guidelines on taking out insurance: Insurance can be taken out within one month after entering the area of validity or within one week after the expiration of an insurance contract with validity from the date of entry. There is a waiting period of 7 days, if insurance is taken out after entering the area of validity. The waiting period does not apply in case of accident. If insurance is taken out before departure, the waiting period is not applicable.

Insurance cover is provided only for the person named on the insurance policy.

The premium is due as soon as the insurance contract is concluded and must be paid upon delivery of the insurance policy. The payment of the premium can be made by using one of the available payment methods (e.g. SEPA direct debit or credit card). If the insurer has been authorized to debit the premium from the selected payment method, the payment shall be deemed to have been made, if there is sufficient cover on the stated payment method at the time of debiting. The amount of the premiums is usually based on the selected insurance cover and the term of the contract.

There is no insurance cover if the non-recurring or initial premium has not been paid, unless the insured party is not responsible for non-payment.

The contractually agreed insurance payments are offered by AWP P&C S.A. (Allianz Partners) in compliance with the Terms and Conditions of Insurance named below. This translation is for information purposes only. In the event of any conflict or inconsistency between the German and the English versions, the German original shall prevail. Verbal agreements are invalid. Insurance tax is included in the premiums. No fees are charged. The premiums and service specifications documented in the insurance policy are relevant for the scope of insurance.



Olaf Nink, Chief Executive Officer

Allianz Partners
AWP P&C S.A.
Niederlassung für Deutschland
(Germany Branch)
Bahnhofstraße 16
D - 85609 Aschheim (near Munich)

Chief Executive Officer: Olaf Nink
Registration Court: München HRB 4605
VAT ID no: DE 129274528
Insurance tax no.: 802/V90802001910

AWP P&C S.A.
Public limited company under French law
Registered Office: Saint-Quen (France)
Commercial register: R.C.S. Bobigny 519 490 080
Board of Management: Rémi Grenier (Chairman), Dan Assouline, Fabio de Ferrari, Ulf Lange, Claudius Leibfritz, Lidia Luka-Lognoné, Mike Nelson, Sylvie Ouziel

Data Protection

In accordance with Art. 13 of the General Data Protection Regulation (GDPR), we are informing you about the processing of your personal data by AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland (Germany Branch), and about your rights under the data protection law.

1. Who is responsible for processing your personal data?

Responsibility for processing your personal data rests with

AWP P&C S.A.
Niederlassung für Deutschland
(Germany Branch)
Bahnhofstraße 16
D-85609 Aschheim (bei München).

The Data Protection Officer can be contacted by standard mail at the aforementioned address, using the suffix "Data Protection Officer", or by email at datenschutz-azpde@allianz.com.

2. For what purpose is your data processed, and on what legal basis does this take place?

a) What applies to all categories of personal data?

We process your personal data in compliance with the EU General Data Protection Regulation (GDPR), the German Federal Data Protection Act (BDSG), the provisions of the German Insurance Contract Act (VVG) relevant to data protection law, as well as all other applicable laws.

When you submit an application for insurance cover, we will require the information provided by you in this regard, in order to conclude the contract and to estimate the risk assumed by us. If the insurance contract comes into existence, we will process this data for the implementation of the contractual relationship, such as for invoicing purposes. We require information about the damage/loss in order to be able to assess if an insured event has occurred and determine the extent of this damage/loss.

It is not possible to conclude and implement the insurance contract without processing your personal data.

Art. 6 section 1 b) GDPR constitutes the legal basis for the processing of personal data for pre-contractual and contractual purposes.

We will also process your data for the purposes of the legitimate interests pursued by us or by third parties (Art. 6 section 1 f) GDPR). This can particularly be the case:

- for ensuring IT security and IT operation,
- for marketing our own insurance products, and for conducting marketing and opinion polls,
- for the prevention and investigation of criminal activities; in particular we use data analyses for the detection of facts that could indicate insurance fraud.

We also process your personal data in order to fulfil other statutory obligations, such as regulatory stipulations, as well as retention obligations imposed by commercial and tax law regulations. The legal basis of the data processing in this case, is provided by the relevant statutory regulations in conjunction with Art. 6 para. 1 c) GDPR.

If we intend to process your data for any purpose other than those described above, we will notify you in advance within the framework of the statutory regulations.

b) What applies to special categories of personal data, especially health-related data?

There are special safeguards on the processing of special categories of personal data, of which health-related data is one. As a rule, processing is possible only if you have consented, or if one of the legally defined situations exist (Art. 9 section 2 GDPR).

aa) Processing of your special categories of personal data

In many cases, in order to examine the benefit entitlement, we require personal data belonging to a special category. This includes health-related data, for example. If, in connection with a specific insurance claim, you provide us with such data together with a request to examine the case and process the claim, you are explicitly permitting us to process your health-related data as necessary in order to process the insurance claim. We will remind you again separately of this fact by way of the claims form.

The consent may be withdrawn at any time, taking effect for the future. However, please be informed that it may no longer be possible to examine our duty to indemnify as a result of the insured event. If the insurance claim has already been processed, it may be the case that the data cannot be deleted for statutory retention periods, for example.

bb) Requesting health-related data from third parties in order to examine the duty to indemnify

In order to examine our duty to indemnify, it may be necessary for us to check information concerning your state of health, as provided by you in substantiating claims, or which is evident from documents submitted (e.g. invoices, prescriptions, reports) or statements, e.g. from a doctor or other member of a healthcare profession.

For this purpose, we will require your consent, including a confidentiality waiver covering us and all agencies subject to a duty of confidentiality, and which are required to provide information to enable the duty to indemnify to be examined.

We will notify you in each specific case about what persons or institutions require information for what purpose. You may then decide in each case whether you consent to us collecting and using your medical information, and whether to release the named persons or institutions and their employees from their duty of non-disclosure, and if you agree to the communication of your medical data to us, or if you want to personally provide the necessary documentation.

3. To what recipients will we communicate your data?

Recipients of your personal data may include: selected external service providers (e.g. assistance service providers, benefit processors, transport service providers, technical service providers, etc.), other insurers or re-insurers.

In addition, we may also communicate your personal data to other recipients, such as public authorities for the fulfilment of statutory duties of notification (e.g. finance authorities or criminal investigation agencies).

4. For how long will we store your data?

We will store your data for the period during which claims may be made against our company (statutory retention period from 3 to 30 years). We will also store your data if we are under a legal obligation to do so, e.g. according to the provisions of the German Commercial Code, the German Fiscal Code or the German Money Laundering Act. The relevant retention periods amount to 10 full years in these cases.

5. What are your rights?

You have the right to be informed about all of the information stored by us, and to demand that incorrect data be corrected. Under certain conditions, you also have the right to deletion of data, the right to object to processing, the right to restriction of processing and the right to data portability.

Right of objection

You may object to the processing of your data for direct marketing purposes. If we process your data in order to protect legitimate interests, you may object to this processing for reasons pertaining to your particular situation.

If you have any objections concerning the handling of your data, you may contact the aforementioned Data Protection Officer in this regard. You are also entitled to raise objections with a data protection supervisory authority.

Insurance Information

Complaint Notice:

Our goal is to offer first-class services. It is equally important to us to respond to your concerns. If you are not satisfied with any of our products or our service, please notify us directly.

You can send us your complaints relating to contract or claim issues using any means of communication. You can reach us by telephone at +49.89.6 24 24-460, in writing by e-mail to service@allianz-assistance.de, or by regular mail to AWP P&C S.A., Beschwerdemanagement, Bahnhofstrasse 16, D - 85609 Aschheim (bei München), Germany. Additional information on our complaint process can be found at www.allianz-reiseversicherung.de/beschwerde. We will not participate in dispute settlement proceedings before a consumer arbitration board.

In the event of complaints relating to all types of insurance, please contact the responsible supervisory authority, Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin - the German Federal Financial Supervisory Authority), Graurheindorfer Strasse 108, D - 53117 Bonn, Germany (www.bafin.de).

The contract is governed by the laws of the Federal Republic of Germany, unless this conflicts with international law. Legal action based on the insurance contract can be brought by the policyholder or the insured person before the court with jurisdiction over the principal place of business or the branch of the insurer. If the policyholder or the insured person is a natural person, legal action can also be brought before the court in the district of which the policyholder or the insured person has his place of residence when the legal action is brought or, if he does not have a place of residence, his habitual place of abode.

Right to revoke contracts valid for a term of one month or more:

You can revoke your contractual declaration within 14 days in writing (e.g., letter, fax, e-mail) without stating reasons. The period begins after you have received the insurance certificate, the terms of the contract including the Terms and Conditions of Insurance, the additional information pursuant to § 7 (1) and (2) of the Insurance Contracts Act (VVG) in conjunction with §§ 1 through 4 of the VVG Decree on Information Duties - each of these notifications in written form. In case of contracts in electronic commerce (§ 312i (1)(1) of the German Civil Code (BGB), this period shall not commence prior to our performance of our duties pursuant to § 312i (1)(1) of the German Civil Code in conjunction with Article 246c of the Introductory Law to the German Civil Code (EGBGB).

The deadline for revocation is deemed met if the revocation is dispatched in good time. It must be sent to:

AWP P&C S.A., Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim (near Munich), Fax + 49.89.6 24 24-244, E-mail: service@allianz-assistance.de

Consequences of revocation:

When revocation is effective, insurance cover ceases and we shall refund to you that portion of the premium allocated to the period after receipt of the revocation if you consented to insurance cover beginning prior to the end of the revocation period. We are entitled in this case to retain that portion of the premium that is allocated to the period until receipt of the revocation. This is a sum calculated proportionally by days. Amounts to be refunded will be remitted without undue delay, no later than 30 days after receipt of the revocation. If insurance cover does not commence prior to the end of the revocation period, then effective revocation means that payments received must be refunded and uses made thereof (e.g., interest) must be disbursed.

Special notes:

Your right of revocation lapses when the contract is completely performed both by you and also by us at your express request before you have exercised your right of revocation.

Your AWP P&C S.A., Germany Branch

Terms and Conditions of AWP P&C S.A., Germany Branch

AWP is the abbreviation of Allianz Partners and will hereinafter be referred to as "the insurer".

General Provisions

AVB AB 17MV

The regulations as stipulated under §§ 1 to 11 apply to all MAWISTA Visum insurance products.

The regulations printed thereafter apply to the respective insurance. Insurance cover is provided if you have contractually agreed the insurance concerned.

§ 1 Who is insured?

The persons named in the policy or the group of persons specified in the certificate of insurance are deemed insured persons, provided that the premium has been paid.

§ 2 For which travel is the insurance applicable?

Insurance cover applies to the respectively insured temporary travel in Germany, Switzerland and throughout the sovereign territory of the member states that fully apply the Schengen acquis (area of validity). No insurance cover is provided in those countries, in which the insured person maintains a permanent residence.

§ 3 When is the premium payable?

1. The premium is due as soon as the insurance contract is concluded and must be paid upon delivery of the insurance policy.
2. If the premium has not been paid upon the occurrence of the insured event, the insurer shall not have a duty to indemnify, unless the insured person is not responsible for non-payment.
3. In case of visa refusal, the premium shall be refunded via the payment method specified at the time the insurance was taken out, after the end of validity of the insurance policy (12 months) by presenting the written refusal of visa application, the original insurance policy and a full copy of the insured person's passport.

§ 4 When does the insurance begin and end?

1. Insurance cover shall be provided insofar as the insurance policy is purchased within one month after the insured person's arrival to the area of validity or within one week after the expiration of an insurance contract with validity from the date of entry. The day of arrival and if so previous insurance cover shall be proved by the insured person.
2. Insurance cover is valid for the agreed term. The maximum per year for a term of insurance is 183 days.
3. Insurance cover commences – if premium was paid –
 - a) for the insured person from a visa requiring country within the before entry agreed term upon crossing the border into a country included in the agreed area of validity and ends with the departure from the agreed area of validity, however at the latest at the time agreed.
 - b) for the insured person from a non visa requiring country within the agreed term and ends with the departure from the agreed area of validity, however at the latest at the time agreed.
 - c) when agreed to insurance contracts after the entry to a country included in the agreed area, after a waiting period of 7 days – 0:00 a.m. on day 8 – from the attachment date. In case of an accident, insurance cover shall apply from the inception of insurance cover.

§ 5 In which cases does insurance cover not apply?

No insurance cover is provided in the following cases:

1. Damage or loss caused by strikes, nuclear energy, confiscation and other invention acts by public authority, as well as damage or loss in areas for which the German Federal Foreign Office has issued a travel warning. If an insured person is at such a location at the time when a travel warning is issued, insurance cover ends seven days after the issuance of the travel warning.
2. Damage or loss due to war or events similar to war; however, insurance cover does exist if the damage or loss occurs in the first seven days after the beginning of the events. This does not apply in case of stays in countries in whose territory war or civil war is already ongoing or where such an outbreak was foreseeable.
3. Damage or losses intentionally caused by the insured person.
4. Expeditions.

§ 6 What are the duties and obligations of the insured person in the event of damage or loss?

The insured person is obliged to

1. minimise the damage or loss as far as possible and avoid unnecessary costs;
2. report the damage or loss to the insurer without delay;
3. prove the day of entry in an appropriate way (copy of entry documents, passport/visa if required for entry, tickets etc.);
4. describe the damaging event or the loss as well as the scope of the claim and truthfully provide the insurer with any and all pertinent information. The insured person must furnish proof in the form of original bills and receipts, release physicians from their confidentiality obligation as necessary – including the physicians of the Assistance – and allow the insurer to reasonably examine the cause and amount of the asserted claim.

§ 7 When does the insurer pay compensation?

As soon as the insurer has determined whether and to what extent it has an obligation to indemnify, compensation is paid within two weeks.

§ 8 What applies if the insured person has claims for damages against third parties?

1. In accordance with statutory regulations, claims for damages against third parties pass to the insurer up to the level of payment effected, provided that the insured person suffers no disadvantage thereby.
2. Upon request by the insurer, the insured person is obliged to confirm in writing the transfer of claims to this extent.
3. Any obligations to indemnify arising under other insurance contracts and by social insurance institutions will have precedence over those of the insurer. If the insured person first presents original bills to the insurer for payment, the insurer will be deemed to have made advance payment.

§ 9 When does the insured person forfeit claims to insurance benefits due to a breach of obligations and the statute of limitations?

1. If an obligation is intentionally violated, the insurer is released from its obligation to indemnify; in case of grossly negligent violation, the insurer is entitled to reduce its payment in proportion to the seriousness of the fault of the insured person.
2. The insured person must furnish proof that no gross negligence was involved. Except in case of fraudulent intent, the insurer is obliged to indemnify if the insured person furnishes proof that the violation of the obligation is not the cause of either the occurrence or the determination or the scope of the insurer's obligation to indemnify.
3. The claim to an insurance benefit lapses in three years, calculated from the end of the year in which the claim occurred and the insured person obtained knowledge of the circumstances in order to assert the claim, or would have obtained knowledge without gross negligence.

§ 10 What form must be followed for submitting declarations of intent?

1. Notices and declarations of intent from the insured person and the insurer must be in text form (e.g. letter, fax, e-mail).
2. Insurance brokers are authorised to accept and forward notifications and declarations of intention to the insurer.

§ 11 Which court in Germany is responsible for dealing with the assertion of claims based on the insurance contract and which law applies?

1. The courts of Munich will have jurisdiction and venue.
2. The laws of the Federal Republic of Germany apply insofar as they do not conflict with international law.

Foreign Travel Health Insurance

AVB RK 17 MV

§ 1 What is insured?

The costs of treatment occurring as a result of acute illnesses or accidents during temporary travel in Germany, Switzerland and throughout the sovereign territory of the member states that fully apply the Schengen acquis (area of validity).

The costs of search, rescue and recovery measures are also covered up to € 5,000 if the insured person has to be rescued or recovered after an accident or if the insured person is missing and it is feared that something has happened to him or her.

§ 2 What costs are reimbursed in case of medical treatment in the area of validity?

1. The insurer reimburses expenditures for all necessary medical assistance in the area of validity, including costs incurred for:
 - a) Outpatient treatment by a physician.
 - b) Medical treatment and medication prescribed by a physician for the insured person.
 - c) Inpatient treatment in hospital, including operations that cannot be postponed. In case of premature birth, the costs of necessary treatment of the newborn child abroad will also be covered up to € 10,000, (notwithstanding § 1 AVB AB MV).
 - d) Patient transportation deemed medically necessary for inpatient treatment in the nearest hospital in the area of validity and back to the insured person's accommodation.
 - e) Walking aids deemed medically necessary and the rental fee for a wheelchair.
 - f) Pain-killing dental treatment, repairs to dentures and provisional measures up to € 250.
2. The insurer reimburses the costs of medical treatment up to the day the insured is fit to be transported, however a maximum of 45 days from the start of medical treatment, insofar as return transport up to the end of the insured travel is not possible due to the insured person's inability to be transported.
3. Unless otherwise agreed, the insured person pays a deductible of € 50 per insured event.

§ 3 What limitations on insurance cover are to be noted?

1. No insurance cover is provided for the following:
 - a) Medical treatment and other measures ordered by a physician, where the purpose of travel was to seek such treatment.
 - b) Medical treatment and other measures ordered by a physician that the insured person knew were necessary prior to departure or at the time of taking out the insurance or which he or she could have expected in the circumstances of which he or she was aware.
 - c) Dental treatment other than pain-killing treatment, repairs to dentures and provisional measures.
 - d) Massage and wellness treatment, fango and lymph drainage as well as the purchase of prostheses and other medical aids.
 - e) Treatment of alcoholism, drug addiction and other addictions, and the consequences thereof.
 - f) Childbirth after the 36th week of pregnancy as well as abortions and the consequences thereof that are not medically indicated and can be postponed.
 - g) Treatment or accommodation caused by infirmity, need of nursing care or detention.
 - h) Psychoanalytical and psychotherapeutic treatment and hypnosis.
 - i) Injuries caused by actively participating in competitions held by sports organisations and training in connection therewith.
 - j) Treatment by spouses, life partners, parents or children. Documented material expenses are reimbursed according to tariff.
2. If the medical treatment or any other measure exceeds the medically necessary measure, the insurer can reduce the benefit to a reasonable amount. The fees and charges invoiced may not exceed the extent considered generally customary and reasonable in the country concerned. Otherwise the insurer may reduce the reimbursement to customary rates in that country.

§ 4 What are the duties and obligations of the insured person in case of damage or loss?

The insured person is obliged to do the following:

1. Contact the Assistance immediately in the event of inpatient treatment at a hospital, prior to the commencement of any extensive diagnostic or therapeutic procedures as an inpatient or outpatient, and prior to any submission of acknowledgements of payment.
2. Consent to return or repatriation to his or her home country, assuming the insured person is fit to be transported, if the Assistance authorises the return journey in view of the nature of the illness and the treatment required.
3. Submit to the insurer the original invoices or duplicates with an original reimbursement stamp by another insurance company concerning the benefits granted; these will then become the property of the insurer.

§ 5 What additional rules apply to the insurance cover provided by the insurer Travel Health Insurance during a stay in Germany?

In Germany, medical and dental treatment as an outpatient is reimbursed at the 1.8 fold rate of the Scale of Medical Fees (GOÄ) or the Scale of Dental Fees (GOZ) at the maximum in accordance with § 2 AVB RK MV; services mainly of a medico-technical nature are reimbursed at a 1.3 fold rate at the maximum, laboratory services at a 1.15 fold rate at the maximum. The costs of inpatient hospital treatment according to § 2 No. 1 and 2 AVB RK MV are reimbursed according to the applicable regular rate of the local health insurance responsible for the locality.

Patient Repatriation Transportation

AVB RT 17 MV

§ 1 What is insured?

The insurance covers the following:

1. Patient transportation due to acute illnesses and accidents occurring during travel.
2. Repatriation of mortal remains in the event of death.

§ 2 What costs does the insurer reimburse in the event of patient repatriation transportation or repatriation of mortal remains?

The insurer reimburses the following:

1. The costs incurred for the medically advisable and appropriate return transportation of the insured person to the nearest suitable hospital to the insured person's place of residence.
2. The direct costs for repatriation of the insured person's mortal remains for burial or, alternatively, the direct costs for burial at the place of death, up to the costs of repatriation.

§ 3 What limitations on cover are to be noted?

No insurance cover is provided for patient transportation or repatriation of mortal remains on account of the following:

1. Medical treatment and other measures ordered by a physician, where the purpose of travel was to seek such treatment.
2. Medical treatment and other measures ordered by a physician that the insured person knew were necessary prior to inception of insurance cover or at the time of taking out the insurance or which he or she could have expected in the circumstances of which he or she was aware.

3. Alcoholism, drug addiction and other addictions, and the consequences thereof.
4. Childbirth after the 36th week of pregnancy as well as abortions and the consequences thereof that are not medically indicated and can be postponed.
5. Injuries caused by actively participating in competitions held by sports organisations and training in connection therewith.

§ 4 What are the duties and obligations of the insured person in the event of damage or loss?

The insured person is obliged to do the following:

1. Contact the Assistance immediately in the event of an acute serious illness or accidental injury.
2. Comply with the formalities and other requirements necessary for discharge from inpatient treatment and for leaving the country.
3. Provide the insurer with all information required to organise and carry out return transportation.

Travel Assistance

AVB AS 17 MV

§ 1 What services does the insurer provide under the Assistance?

1. The insurer provides assistance and support to the insured person during travel in the event of any emergency defined below and will pay the costs at the amount stated in each case. The insurer reserves the right to check coverage. Services provided and any cost assumption statements made by the Assistance as well as the commissioning of service providers do not in principle acknowledge the insurer's obligation to indemnify based on the insurance contract with the insured person.
2. The insurer has contracted the Assistance to provide the insured persons of the insurer with the services named below on a 24-hour basis.
3. The insured person must immediately contact the Assistance in an emergency in order to use the services.
4. Insofar as the insured person may be unable to claim the reimbursement of expenditures incurred from either the insurer or from any other payer, the insured person must return the amounts to the insurer within one month of invoicing.

§ 2 What help does the Assistance provide in case of illness and accident?

1. Inpatient treatment / Cost assumption statement
In case of inpatient hospital treatment, the insurer will provide the hospital with a statement of cost assumption up to € 13,000. This statement does not imply that the insurer acknowledges that it has a duty to indemnify. The insurer will assume the task of carrying out settlement with the payer responsible in the name of the insured person.
2. Patient repatriation transportation
As soon as medically advisable and appropriate, the Assistance will organise return transportation using medically adequate means of transport (including air ambulances) to the closest suitable hospital to the insured person's place of residence after prior consultation between the contract physician of the Assistance and the local physicians handling the case.

§ 3 What services does the Assistance provide in the event of the insured person's death?

If the insured person dies during travel, the Assistance organises burial in the area of validity or repatriation of the insured person's mortal remains to the place of burial in accordance with the wishes of family members.

Travel Liability Insurance

AVB RH 17 MV

§ 1 What risk does the insurer assume?

The insurer provides insurance cover against everyday liability risks if a third party asserts claims for damages against the insured person based on a damaging event that occurred during travel on the grounds of statutory liability provisions as defined under private law. Damaging events are defined as death, injury or impairment to health (personal injury) or damage to or destruction of property (damage to property).

§ 2 How does the insurer protect the insured person against liability claims and to what extent does it pay indemnity?

1. The insurer examines liability claims regard to their validity, wards off unjustified claims and reimburses the compensation owed by the insured person. The insurer reimburses the compensation if it recognises its duty to indemnify or approves admission of liability on the part of the insured person. The insurer also pays compensation if it effects or approves a settlement or where decreed by a court ruling.
2. If the injured party or his or her legal successor asserts a liability claim in court, the insurer will conduct the legal dispute at its own expense on behalf of the insured person.
3. If the insurer requests or approves the appointment of a defence counsel in criminal proceedings against the insured person arising from an insured damaging event, the insurer will pay the costs of the defence counsel.
4. If the insurer fails to settle a liability claim by admission, satisfaction or settlement on account of the resistance of the insured person, the insurer shall not be required to pay any additional expenses incurred for the main issue, interest and the costs.
5. The sums insured as stipulated in the insurance policy or in the product and consumer information is the maximum limit of benefits payable by the insurer.

§ 3 What risks are not insured?

Insurance cover does not include the following:

1. Liability claims
 - a) insofar as these exceed the scope of the insured person's statutory liability as a result of contractual or other commitments;
 - b) among and between insured persons travelling together and insured persons and their accompanying relatives;
 - c) due to transmission of illness by the insured person;
 - d) due to damage arising from professional activities.
2. Liability claims against the insured person
 - a) in connection with hunting activities;
 - b) due to damage caused to third-party property rented by or on loan to the insured person or obtained through unlawful interference or in the insured person's custody. However, liability arising from damage to rooms and buildings during travel is insured, in particular damage to rented holiday apartments and hotel rooms or the accommodation but not damage to furniture. Insurance cover is not provided for liability claims based on wear and tear or excessive use;
 - c) as the owner, possessor, keeper or driver of a motor vehicle, aircraft or motor-driven watercraft due to damage caused by the use of such a vehicle.
 - d) as the owner or keeper of animals;
 - e) for hazards directly related to the deliberate and illegal commission of a punishable offence.

§ 4 What are the duties and obligations of the insured person after the occurrence of damage or loss?

An insured event is deemed to be a damaging event that could entail liability claims against the insured person.

1. Each and every insured event must be reported in text form (e.g. letter, fax, e-mail) the insurer immediately.
2. The insured person must also immediately inform the insurer of any initiation of a preliminary investigation or issuance of an order of summary punishment or payment order, even if the insurer already knows about the insured event.
3. If a claim for compensation has been asserted against the insured person, he or she must notify the insurer thereof within one week after the claim is raised.
4. The insured person must also notify the insurer when a claim has been asserted that involves judicial or state assistance.
5. The insured person is obliged to take all possible steps to minimise the loss while complying with the insurer's instructions and to take every action necessary or useful to clarify the case of loss. The insured person must provide a detailed and truthful loss report, supply information on all circumstances connected with the damaging event and submit the corresponding documents.
6. If the liability claim is taken to a court of law, the insured person shall allow the insurer to conduct the proceedings, grant the legal counsel appointed and nominated by the insurer full power of attorney to act on his or her behalf and submit all declarations deemed necessary by the legal counsel or the insurer. Without awaiting instructions from the insurer, the insured person shall raise objections within the specified period or seek the necessary legal remedies against orders for payment of damages decreed by the courts or by the state.
7. If the insured person obtains the right to demand the cancellation or reduction of a payable annuity as a consequence of altered circumstances, the insured person is obliged to allow the insurer to exercise such right on his or her behalf. The provisions of Nos. 3 to 5 apply accordingly.
8. The insurer is considered to have full authority to submit all declarations on behalf of the insured that it deems suitable to settle or ward off a claim.

Reiseversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
Unternehmen: AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland

Produkt: MAWISTA Visum Comfort

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte unseres Versicherungsproduktes. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

MAWISTA Visum Comfort ist ein Reiseschutz-Paket und beinhaltet folgende Leistungen: Reise-Krankenversicherung, Kranken-Rücktransport, Reise-Assistance und Reise-Haftpflichtversicherung.



Was ist versichert?

Reise-Krankenversicherung und Reise-Assistance

Welche Ereignisse sind versichert?

- ✓ Krankheit oder Unfall während vorübergehender Reisen in Länder des vereinbarten Geltungsbereichs

Was wird ersetzt?

- ✓ Kosten für ambulante Behandlung durch einen Arzt
- ✓ Kosten ärztlich verordneter Arzneimittel und Heilbehandlungen
- ✓ Kosten für stationäre Behandlung im Krankenhaus
- ✓ Bis € 5.000,- für Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach einem Unfall

Selbstbehalt bei jedem versicherten Ereignis:

- Für Personen bis 64 Jahre: Kein Selbstbehalt
- Für Personen im Alter von 65 bis maximal 80 Jahre:
 - € 100,- je Person für ambulante Behandlungen
 - € 500,- je Person für stationäre Behandlungen

Im Rahmen der **Reise-Assistance**: Hilfe bei persönlichen Notfällen (Krankheit, Unfall und Tod) und Organisation des Kranken-Rücktransports mit medizinisch adäquaten Mitteln, sobald dies medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.

Kranken-Rücktransport

- ✓ Ersatz der Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport in das Ihrem Wohnort nächstgelegene, geeignete Krankenhaus sowie im Todesfall die Überführungskosten.

Reise-Haftpflichtversicherung

- ✓ Bietet Versicherungsschutz, wenn Dritte wegen eines Schadenereignisses, das Sie während der Reise verursacht haben, Schadenersatzansprüche geltend machen.

Versicherungssummen: € 1.000.000,- je Person bei Personen- und Sachschäden, € 250.000,- für Mietsachschäden



Was ist nicht versichert?

Reise-Krankenversicherung und Reise-Assistance

- x Leistungen in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat
- x Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für die Reise sind oder deren Notwendigkeit Ihnen vor Reiseantritt oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt war oder mit denen Sie nach den Ihnen bekannten Umständen rechnen mussten
- x Massage- und Wellness-Behandlungen, Fango und Lymphdrainage
- x Entbindungen nach der 36. Schwangerschaftswoche sowie nicht medizinisch-indizierte und aufschiebbare Schwangerschaftsunterbrechungen und deren Folgen

Reise-Haftpflichtversicherung

- x Haftpflichtansprüche von gemeinsam versicherten reisenden Personen untereinander
- x Schäden, verursacht durch Gebrauch von Kraft-, Luft- oder motorgetriebenen Wasserfahrzeugen



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Reise-Krankenversicherung und Reise-Assistance

- ! Höchstens € 250,- für Zahnbehandlung und Reparaturen von Zahnprothesen sowie für Provisorien und provisorischen Zahnersatz nach einem Unfall
- ! Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, insgesamt jedoch längstens bis zu 45 Tage
- ! Innerhalb Deutschlands: Vergütung von ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen höchstens mit dem 1,8-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), von überwiegend medizinisch-technischen Leistungen höchstens mit dem 1,3-fachen Satz und von Laborleistungen höchstens mit dem 1,15-fachen Satz
- ! Kosten stationärer Behandlung werden nach dem jeweils geltenden Regelsatz der gebietszuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse erstattet.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Deutschland, Schweiz und Schengen-Staaten. Versicherungsschutz besteht nicht in Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie sind verpflichtet, uns Schadenfälle unverzüglich anzuzeigen.

Reise-Krankenversicherung und Kranken-Rücktransport

- Bei schweren Verletzungen oder Krankheiten, insbesondere vor Klinikaufenthalten müssen Sie sich unverzüglich an uns wenden.

Reise-Haftpflichtversicherung

- Wird ein Anspruch gegen Sie geltend gemacht, müssen Sie uns dies innerhalb einer Woche mitteilen. Kommt es zu einem Prozess über den Haftpflichtanspruch, ist uns die Prozessführung zu überlassen und dem Anwalt Vollmacht zu geben.



Wann und wie zahle ich?

Die Prämie ist sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig und bei Aushändigung der Versicherungspolice mit der gewählten Zahlungsart zu zahlen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt:

- für versicherte Personen aus einem visumpflichtigen Land innerhalb der vor Einreise vereinbarten Laufzeit mit dem Grenzübertritt in einen Staat des vereinbarten Geltungsbereichs und endet mit der Ausreise aus dem Geltungsbereich, spätestens jedoch mit dem vereinbarten Zeitpunkt.
 - für versicherte Personen aus einem nicht visumpflichtigen Land zu dem im Versicherungsschein vereinbarten Zeitpunkt und endet mit der Beendigung der versicherten Reise, der Ausreise aus dem Geltungsbereich, spätestens jedoch mit dem vereinbarten Zeitpunkt.
 - bei Versicherungsverträgen, die nach Einreise in den Geltungsbereich vereinbart werden, nach einer Wartezeit von sieben Tagen – ab 0.00 am achten Tag – ab Versicherungsbeginn.
- Bei Unfall besteht Versicherungsschutz ab Versicherungsbeginn.

Höchstversicherungsdauer: 183 Tage

Der Versicherungsabschluss ist bis zu einem Monat nach Einreise oder bis zu einer Woche nach Ablauf eines Versicherungsvertrages mit Geltung ab Einreise als Folgeversicherung möglich.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Versicherungsvertrag endet mit dem vereinbarten Zeitpunkt. Sie müssen nicht kündigen.

Dokumente zur Versicherungspolice

Die abgeschlossene Versicherung ist auf der Versicherungspolice dokumentiert!

Die Leistungen im Überblick

MAWISTA Visum Comfort

• Reise-Krankenversicherung

Selbstbehalt bei jedem versicherten Ereignis:

Für Personen bis 64 Jahre: Kein Selbstbehalt

Für Personen im Alter von 65 bis maximal 80 Jahre:

• € 100,- je Person für ambulante Behandlungen

• € 500,- je Person für stationäre Behandlungen

• Kranken-Rücktransport

• Reise-Assistance

• Reise-Haftpflichtversicherung

Versicherungssummen: € 1.000.000,- je Person bei Personen- und Sachschäden,

€ 250.000,- für Mietsachschäden

Wir sind für Sie da

Hilfe im Notfall

Bei **Notfällen** ist die Assistance für Sie da. Unser **24-Stunden-Notfall-Service** bietet Ihnen rund um die Uhr schnelle und fachkundige Hilfe weltweit!

Telefon: +49.89.6 24 24-496

Wichtig für Hilfe im Notfall:

- Halten Sie die genaue Anschrift und Telefonnummer Ihres derzeitigen Aufenthaltsorts bereit.
- Notieren Sie sich die Namen Ihrer Ansprechpartner wie z. B. Arzt, Krankenhaus, Polizei.
- Schildern Sie möglichst genau den Sachverhalt und halten Sie alle notwendigen Angaben bereit.

Schadenmeldung

Schnell, bequem und rund um die Uhr melden Sie Ihren Schaden unter:

www.mawista.com/schaden-melden

(alternativ auch per Post an die Schadenabteilung).

AWP P&C S.A.

Niederlassung für Deutschland

MAWISTA Schadenabteilung

Bahnhofstraße 16

D - 85609 Aschheim (bei München)

Telefon: +49.89.6 24 24-0

Telefax: +49.89.6 24 24-222

Allgemeine Hinweise für den Schadenfall

Was ist in jedem Schadenfall zu tun?

Der Versicherte hat den Schaden möglichst gering zu halten und nachzuweisen. Sichern Sie deshalb in jedem Fall bitte geeignete Nachweise zum Schadeneintritt (z. B. Schadenbestätigung, Attest) und zum Umfang des Schadens (z. B. Rechnungen, Belege).

Wie verhalten Sie sich bei Krankheit, Verletzung oder anderen Notfällen während der Reise? (Reise-Krankenversicherung / Kranken-Rücktransport / Reise-Assistance)

Wenden Sie sich bei schweren Verletzungen oder Krankheiten, insbesondere vor Klinikaufenthalten, bitte unverzüglich an die Assistance, damit die adäquate Behandlung bzw. der Rücktransport sichergestellt werden kann. Für die Erstattung Ihrer vor Ort verauslagten Kosten reichen Sie bitte **Originalrechnungen und / oder -rezepte** ein.

Wichtig: Aus den Rechnungen müssen der Name der behandelten Person, die Bezeichnung der Erkrankung, die Behandlungsdaten und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit den entsprechenden Kosten hervorgehen. Rezepte müssen Angaben über die verordneten Medikamente, die Preise und den Stempel der Apotheke enthalten.

Woran sollten Sie bei Ansprüchen aus der Reisehaftpflicht-Versicherung denken?

Notieren Sie sich bitte **Namen und Anschriften von Zeugen**, die das Schadeneignis beobachtet haben. Lassen Sie sich eine **Kopie des Polizeiprotokolls** aushändigen, falls die Polizei zu Ermittlungen eingeschaltet wurde. Informieren Sie den Versicherer und reichen Sie diese Unterlagen und Informationen mit Ihrer Schadenmeldung ein.

Inhaltsverzeichnis

Datenschutzhinweise und Versicherungsinformationen	2
Versicherungsbedingungen	3
Allgemeine Bestimmungen	3
Reise-Krankenversicherung	3
Kranken-Rücktransport	3
Reise-Assistance	4
Reise-Haftpflichtversicherung	4

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise

Geltungsbereich: Deutschland, Schweiz und Schengen-Staaten. Versicherungsschutz besteht nicht in Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Maximale Versicherungsdauer: Die Versicherungen gelten für den vereinbarten Zeitraum, maximal sind 183 Tage möglich.

Versicherungsfähige Personen: Versicherungsfähig sind Personen bis zu einem Alter von 80 Jahren, die keinen ständigen Wohnsitz im jeweiligen Reiseland haben.

Abschlusshinweise: Der Abschluss ist bis zu einem Monat nach Einreise oder bis zu einer Woche nach Ablauf eines Versicherungsvertrages mit Geltung ab Einreise als Folgeversicherung möglich. Bei Abschluss nach Einreise besteht eine Wartezeit von 7 Tagen. Diese Wartezeit gilt jedoch nicht bei Unfall. Bei Abschluss vor Einreise entfällt die Wartezeit.

Versicherungsschutz besteht nur für die namentlich auf der Versicherungspolice aufgeführte Person. Die Prämie ist sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig und bei Aushändigung der Versicherungspolice zu zahlen. Die Prämienzahlung kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z. B. SEPA-Lastschrift oder Kreditkarte) erfolgen. Falls der Versicherer ermächtigt wurde, die Prämie dem gewählten Zahlungsmittel zu belasten, gilt die Zahlung als erfolgt, wenn zum Zeitpunkt des Prämieinzugs Deckung auf dem vom Versicherungsnehmer genannten Zahlungsmittel besteht. Die Höhe der Prämie richtet sich in der Regel nach dem ausgewählten Versicherungsschutz und der Laufzeit des Vertrages.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die einmalige oder erste Prämie nicht bezahlt ist, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen werden von AWP P&C S.A. (Allianz Partners) nach Maßgabe der nachstehenden Versicherungsbedingungen geboten. Mündliche Vereinbarungen sind unwirksam. Die Versicherungssteuer ist in den Prämien enthalten. Gebühren werden nicht erhoben. Maßgebend für den Versicherungsumfang sind die in der Versicherungspolice dokumentierten Prämien und Leistungsbeschreibungen.



Olaf Nink, Hauptbevollmächtigter

Allianz Partners
AWP P&C S.A.
Niederlassung für Deutschland
Bahnhofstraße 16
D - 85609 Aschheim (bei München)

Hauptbevollmächtigter: Olaf Nink
Registergericht: München HRB 4605
USt.-IdNr.: DE 129274528
VersSt.-Nr.: 802/V90802001910

AWP P&C S.A.
Aktiengesellschaft französischen Rechts
Sitz der Gesellschaft: Saint-Ouen (Frankreich)
Handelsregister: R.C.S. Bobigny 519 490 080
Vorstand: Rémi Grenier (Vorsitzender), Dan Assouline, Fabio de Ferrari,
Ulf Lange, Claudius Leibfritz, Lidia Luka-Lognoné, Mike Nelson, Sylvie Ouziel

Datenschutzhinweise

Entsprechend Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

1. Wer ist für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich?

Für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich ist

AWP P&C S.A.

Niederlassung für Deutschland
Bahnhofstraße 16
D-85609 Aschheim (bei München).

Der Datenschutzbeauftragte ist per Post zu erreichen unter der obenstehenden Anschrift mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter datschutz-azpde@allianz.com.

2. Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

a) Was gilt für alle Kategorien von personenbezogenen Daten?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

b) Was gilt für besondere Kategorien von personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten?

Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten gehören, unterliegt besonderem Schutz. Die Verarbeitung ist in der Regel nur zulässig, wenn Sie in die Verarbeitung einwilligen oder eine der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten vorliegt (Art. 9 Abs. 2 DSGVO).

aa) Verarbeitung Ihrer besonderen Kategorien personenbezogener Daten

In vielen Fällen benötigen wir zur Prüfung des Leistungsanspruchs personenbezogene Daten, die einer besonderen Kategorie angehören. Dies sind z. B. Gesundheitsdaten. In dem Sie uns anlässlich eines konkreten Versicherungsfalles solche Daten verbunden mit der Bitte um Prüfung und Schadenbearbeitung mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Gesundheitsdaten verarbeiten. Hierauf weisen wir Sie nochmals und gesondert im Rahmen des Schadenformulars hin.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass dann die Leistungspflicht aus dem Versicherungsfall evtl. nicht geprüft werden kann. Ist die Prüfung des Schadenfalls bereits abgeschlossen, können z. B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten dazu führen, dass die Daten nicht gelöscht werden.

bb) Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für alle Stellen, die der Schweigepflicht unterliegen und Angaben zur Prüfung der Leistungspflicht machen müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch uns einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an uns einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

3. An welche Empfänger leiten wir Ihre Daten weiter?

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können sein: ausgewählte externe Dienstleister (z. B. Assistance-Dienstleister, Leistungsbearbeiter, Transportleistungserbringer, technische Dienstleister ...), andere Versicherer oder Rückversicherer.

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

4. Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von 3 bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, z. B. nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches, der Abgabenordnung oder des Geldwäschegesetzes. Die Speicherfristen betragen danach bis zu 10 volle Jahre.

5. Welche Rechte haben Sie?

Sie haben das Recht über die bei uns gespeicherten Daten Auskunft zu erhalten sowie unrichtige Daten berichtigen zu lassen. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie außerdem das Recht auf Löschung, das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Widerspruchsrecht

Sie können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Wenn Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren möchten, können Sie sich an den oben genannten Datenschutzbeauftragten wenden. Für Sie besteht außerdem ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde.

Versicherungsinformation

Beschwerdehinweis:

Unser Ziel ist es, erstklassige Leistungen zu bieten. Ebenso ist es uns wichtig, auf Ihre Anliegen einzugehen. Sollten Sie einmal mit unseren Produkten oder unserem Service nicht zufrieden sein, teilen Sie uns dies bitte direkt mit.

Sie können uns Ihre Beschwerden zu Vertrags- oder Schadenfragen auf jedem Kommunikationsweg zukommen lassen. Telefonisch erreichen Sie uns unter +49.89.6 24 24-460, schriftlich per E-Mail an service@allianz-assistance.de bzw. per Post an AWP P&C S.A., Beschwerdemanagement, Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim (bei München). Nähere Informationen zu unserem Beschwerdeprozess finden Sie unter www.allianz-reiseversicherung.de/beschwerde. An Streitbelegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle nehmen wir nicht teil.

Für Beschwerden aus allen Versicherungsparten können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, D - 53117 Bonn, wenden (www.bafin.de).

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Klagen aus dem Versicherungsvertrag können vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person bei dem Gericht des Geschäftssitzes oder der Niederlassung des Versicherers erhoben werden. Ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine natürliche Person, so können Klagen auch vor dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Widerrufsrecht für Verträge mit einer Laufzeit von einem Monat oder mehr:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr (§ 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) beginnt die Frist jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: AWP P&C S.A., Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim (bei München), Telefax + 49.89.6 24 24-244, E-Mail: service@allianz-assistance.de

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich um den anteilig nach Tagen berechneten Betrag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise:

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihre AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland

Bedingungen der AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland

AWP wird als Kurzform von Allianz Partners verwendet und im Folgenden „der Versicherer“ genannt.

Allgemeine Bestimmungen

AVB AB 17 MV

Die nachstehenden Regelungen unter §§ 1 bis 11 gelten für alle MAWISTA Visum Versicherungsprodukte.

Die daran anschließend abgedruckten Regelungen gelten für die jeweilige Versicherung. Versicherungsschutz besteht, wenn Sie die betreffende Versicherung vertraglich vereinbart haben.

§ 1 Wer ist versichert?

Versicherte Personen sind die namentlich genannten Personen oder der im Versicherungsnachweis beschriebene Personenkreis, sofern die Versicherungsprämie gezahlt wurde.

§ 2 Für welche Reise gilt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz gilt für die jeweils versicherte vorübergehende Reise in Deutschland, in der Schweiz und im gesamten Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten, die den Schengen-Besitzstand in vollem Umfang anwenden (Geltungsbereich). Kein Versicherungsschutz besteht in Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

§ 3 Wann ist die Prämie zu zahlen?

- Die Prämie ist sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig und bei Aushändigung der Versicherungspolice zu zahlen.
- Ist die Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- Bei Ablehnung eines Visumantrages erfolgt die Rückerstattung der Prämie nach Ablauf der Gültigkeit des Versicherungsscheines (12 Monate) gegen Vorlage der schriftlichen Ablehnung des Visumantrages, des Originalversicherungsscheines und einer vollständigen Kopie des Reisepasses der versicherten Person auf das bei Abschluss der Versicherung angegebene Zahlungsmittel.

§ 4 Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

- Die Versicherung kann wirksam nur bis zu einem Monat nach Einreise in den Geltungsbereich oder bis zu einer Woche nach Ablauf eines Versicherungsvertrages mit Geltung ab Einreise als Folgeversicherung abgeschlossen werden. Die versicherte Person hat den Tag der Einreise und ggf. die Vorversicherung nachzuweisen.
- Der Versicherungsschutz gilt für den vereinbarten Zeitraum. Die Höchstversicherungsdauer beträgt insgesamt 183 Tage.
- Der Versicherungsschutz beginnt – sofern die Prämie gezahlt ist – a) für versicherte Personen aus einem visumpflichtigen Land innerhalb der vor Einreise vereinbarten Laufzeit mit dem Grenzübertritt in einen Staat des vereinbarten Geltungsbereichs und endet mit der Ausreise aus dem Geltungsbereich, spätestens jedoch mit dem vereinbarten Zeitpunkt. b) für versicherte Personen aus einem nicht visumpflichtigen Land zu dem im Versicherungsschein vereinbarten Zeitpunkt und endet mit der Beendigung der versicherten Reise, der Ausreise aus dem Geltungsbereich, spätestens jedoch mit dem vereinbarten Zeitpunkt. c) bei Versicherungsverträgen, die nach Einreise in den Geltungsbereich vereinbart werden, nach einer Wartezeit von sieben Tagen – ab 0:00 Uhr am achten Tag – ab Versicherungsbeginn. Bei Unfall besteht Versicherungsschutz ab Versicherungsbeginn.

§ 5 In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

Nicht versichert sind

- Schäden durch Streik, Kernenergie, Beschlagnahme und sonstige Eingriffe von hoher Hand sowie Schäden in Gebieten, für welche das Auswärtige Amt eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Befindet sich eine versicherte Person zum Zeitpunkt der Bekanntgabe einer Reisewarnung vor Ort, endet der Versicherungsschutz sieben Tage nach Bekanntgabe der Reisewarnung;
- Schäden durch Krieg oder kriegsähnliche Ereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Schaden sich in den ersten sieben Tagen nach Beginn der Ereignisse ereignet. Dies gilt nicht bei Aufenthalt in Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder der Ausbruch vorhersehbar war;
- Schäden, welche die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt;
- Expeditionen.

§ 6 Was muss die versicherte Person im Schadensfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

Die versicherte Person ist verpflichtet,

- den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden;
- den Schaden unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen;
- den Tag der Einreise in geeigneter Form nachzuweisen (Kopien der Einreisedokumente, Pass / Visum soweit zur Einreise erforderlich, Fahrkarten, Flugscheine und dergleichen);
- das Schadenereignis und den Schadenumfang darzulegen und dem Versicherer jede sachdienliche Auskunft wahrheitsgemäß zu erteilen. Zum Nachweis hat die versicherte Person Original-Rechnungen und -Belege einzureichen, gegebenenfalls die Ärzte – einschließlich der Ärzte der Assistance – von der Schweigepflicht zu entbinden und es dem Versicherer zu gestatten, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen.

§ 7 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 ausbezahlt.

§ 8 Was gilt, wenn die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte hat?

- 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.
- Die versicherte Person ist verpflichtet, in diesem Rahmen den Rechtsübergang auf Wunsch des Versicherers schriftlich zu bestätigen.
- Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen sowie der Sozialversicherungsträger gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer tritt in Vorleistung, sofern er unter Vorlage von Original-Belegen zunächst in Anspruch genommen wird.

§ 9 Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Versicherungsleistung durch Obliegenheitsverletzung und Verjährung?

- Wird eine Obliegenheit vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; bei grob fahrlässiger Verletzung ist er berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat die versicherte Person zu beweisen. Außer im Falle der Arglist ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.
- Der Anspruch auf Versicherungsleistung verjährt in drei Jahren, gerechnet ab Ende des Jahres, in welchem der Anspruch entstanden ist und die versicherte Person von den Umständen zur Geltendmachung des Anspruchs Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte Kenntnis erlangen müssen.

§ 10 Welche Form gilt für die Abgabe von Willenserklärungen?

- Anzeigen und Willenserklärungen der versicherten Person und des Versicherers bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail).
- Versicherungsvermittler sind mit der Entgegennahme und Weiterleitung von Erklärungen an den Versicherer beauftragt.

§ 11 Welches Gericht in Deutschland ist für die Geltendmachung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zuständig? Welches Recht findet Anwendung?

- Der Gerichtsstand ist München.
- Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

Reise-Krankenversicherung

AVB RK 17 MV

§ 1 Was ist versichert?

Versichert sind die Kosten der Heilbehandlung bei auf der vorübergehenden Reise in Deutschland, in der Schweiz und im gesamten Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten, die den Schengen-Besitzstand in vollem Umfang anwenden (Geltungsbereich), akut eintretenden Krankheiten und Unfällen. Versichert sind ferner die Such-, Rettungs- und Bergungskosten bis zu € 5.000,-, wenn die versicherte Person nach einem Unfall gerettet oder geborgen werden muss oder wenn die versicherte Person vermisst wird und zu befürchten ist, dass ihr etwas zugestoßen ist.

§ 2 Welche Kosten werden bei Heilbehandlung im Geltungsbereich erstattet?

- Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für die im Geltungsbereich notwendige ärztliche Hilfe. Dazu gehören die Kosten für a) ambulante Behandlung durch einen Arzt; b) Heilbehandlungen und Arzneimittel, die der versicherten Person ärztlich verordnet wurden; c) stationäre Behandlung im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbarer Operationen. Bei einer Frühgeburt werden (in Abweichung von § 1 AVB AB MV) auch die Kosten der im Geltungsbereich notwendigen Heilbehandlungen des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von € 10.000,- übernommen; d) den medizinisch notwendigen Krankentransport zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare Krankenhaus im Geltungsbereich und zurück in die Unterkunft; e) medizinisch notwendige Gehstützen und Miete eines Rollstuhls; f) schmerzstillende Zahnbehandlung und Reparaturen von Zahnprothesen und Provisorien bis € 250,-.
- Der Versicherer erstattet die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, insgesamt jedoch längstens bis zu 45 Tagen ab Beginn der Behandlung, sofern ein Rücktransport bis zum Ende der versicherten Reise wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist.
- Sofern nicht anders vereinbart, trägt die versicherte Person bei jedem versicherten Ereignis einen Selbstbehalt von € 50,-.

§ 3 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

- Kein Versicherungsschutz besteht für a) Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für die Reise sind; b) Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor Versicherungsbeginn oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste; c) Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnprothesen und Provisorien hinausgehen; d) Massage- und Wellness-Behandlungen, Fango und Lymphdrainage sowie die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln; e) Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten und deren Folgen; f) Entbindungen nach der 36. Schwangerschaftswoche sowie nicht medizinisch-indizierte und aufschiebende Schwangerschaftsunterbrechungen und deren Folgen; g) durch Sichtung, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung; h) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose; i) Verletzungen, die durch die aktive Teilnahme an Wettkämpfen von Sportorganisationen und dem dazugehörigen Training verursacht wurden; j) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- Übersteigt eine Heilbehandlung oder eine sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Die berechneten Honorare und Gebühren dürfen den in dem betreffenden Land als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang nicht übersteigen. Andernfalls kann der Versicherer die Erstattung auf landesübliche Sätze kürzen.

§ 4 Was muss die versicherte Person im Schadensfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

Die versicherte Person ist verpflichtet,

- im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus, vor Beginn umfangreicher ambulanter oder stationärer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie vor Abgabe von Zahlungsanerkennnissen unverzüglich Kontakt zur Assistance aufzunehmen;
- ihrem Rücktransport oder der Rückführung in ihr Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn die Assistance den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt;
- dem Versicherer die Rechnungsergebnisse oder Zweitschriften mit einem Originalerstattungsstempel eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen vorzulegen; diese werden Eigentum des Versicherers.

§ 5 Welche zusätzlichen Regelungen gelten für den Versicherungsschutz der AWP Reise-Krankenversicherung während eines Reiseaufenthalts in Deutschland?

Innerhalb Deutschlands werden ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen gem. § 2 AVB RK MV höchstens mit dem 1,8-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ oder Gebührenordnung für Zahnärzte, GOZ, vergütet; überwiegend medizinisch-technische Leistungen werden höchstens mit dem 1,3-fachen Satz vergütet, Laborleistungen höchstens mit dem 1,15-fachen Satz. Die Kosten stationärer Behandlung laut § 2 Nr. 1 und 2 AVB RK MV werden nach dem jeweils geltenden Regelsatz der gebietszuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse erstattet.

Kranken-Rücktransport

AVB RT 17 MV

§ 1 Was ist versichert?

Versichert sind die Kosten

- des Krankentransports wegen auf der Reise akut eintretenden Krankheiten und Unfällen und
- der Überführung bei Tod.

§ 2 Welche Kosten erstattet der Versicherer bei Kranken-Rücktransport und Überführung?

Der Versicherer erstattet

- die Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person in das ihrem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus.
- die unmittelbaren Kosten für die Überführung des verstorbenen Versicherten, wahlweise die unmittelbaren Kosten der Bestattung vor Ort bis maximal zur Höhe der Überführungskosten.

§ 3 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

Kein Versicherungsschutz besteht für Krankentransporte und Überführungen aufgrund von

- Heilbehandlungen und anderen ärztlich angeordneten Maßnahmen, die ein Anlass für die Reise sind;

2. Heilbehandlungen und anderen ärztlich angeordneten Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor Reiseantritt oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste;
3. Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten und deren Folgen;
4. Entbindungen nach der 36. Schwangerschaftswoche, aufschiebbaren oder nicht medizinisch-indizierten Schwangerschaftsunterbrechungen und deren Folgen;
5. Verletzungen, die durch die aktive Teilnahme an Wettkämpfen von Sportorganisationen und dem dazugehörigen Training verursacht wurden.

§ 4 Was muss die versicherte Person im Schadensfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

Die versicherte Person ist verpflichtet,

1. bei Eintritt einer akuten schweren Erkrankung oder Unfallverletzung unverzüglich Kontakt mit der Assistance aufzunehmen und
2. die Formalitäten und sonstigen Voraussetzungen zur Entlassung aus stationärer Behandlung und zur Ausreise zu erfüllen und
3. dem Versicherer alle Informationen bereitzustellen, die zur Organisation und Durchführung des Rücktransports erforderlich sind.

Reise-Assistance

AVB AS 17 MV

§ 1 Welche Dienste bietet der Versicherer im Rahmen der Assistance?

1. Der Versicherer bietet der versicherten Person während der Reise in nachstehend genannten Notfällen Hilfe und Beistand und trägt die entstehenden Kosten im jeweils bezeichneten Rahmen. Die Deckungsprüfung bleibt dem Versicherer vorbehalten; Dienstleistungen und Kostenübernahme-Erklärungen der Assistance sowie die Beauftragung von Leistungsträgern beinhalten grundsätzlich keine Anerkennung der Eintrittspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsvertrag gegenüber der versicherten Person.
2. Der Versicherer hat die Assistance damit beauftragt, für die bei ihm Versicherten die nachstehend genannten Dienstleistungen im 24-Stunden-Service zu erbringen.
3. Die versicherte Person hat zur Inanspruchnahme der Dienstleistungen in Notfällen unverzüglich Kontakt zur Assistance aufzunehmen.
4. Soweit die versicherte Person weder vom Versicherer noch von einem anderen Kostenträger die Erstattung verauslagter Beträge beanspruchen kann, hat die versicherte Person die Beträge innerhalb eines Monats nach Rechnungsstellung an den Versicherer zurückzuzahlen.

§ 2 Welche Hilfeleistung bietet die Assistance bei Krankheit und Unfall?

1. Stationäre Behandlung / Kostenübernahme-Erklärung
Bei stationärer Krankenhausbehandlung gibt der Versicherer dem Krankenhaus eine Kostenübernahme-Erklärung bis zu € 13.000,-. Diese Erklärung beinhaltet keine Anerkennung der Leistungspflicht. Der Versicherer übernimmt im Namen der versicherten Person die Abrechnung mit dem zuständigen Kostenträger.
2. Krankenrücktransport
Sobald es medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, organisiert die Assistance nach vorheriger Abstimmung des Vertragsarztes mit den behandelnden Ärzten vor Ort den Rücktransport mit medizinisch adäquaten Transportmitteln (einschließlich Ambulanz-Flugzeugen) in das dem Wohnort der versicherten Person im Heimatland nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

§ 3 Welche Dienste leistet die Assistance bei Tod der versicherten Person?

Stirbt die versicherte Person während der Reise, organisiert die Assistance auf Wunsch der Angehörigen die Bestattung im Geltungsbereich oder die Überführung der verstorbenen Person zum Bestattungsort.

Reise-Haftpflichtversicherung

AVB RH 17 MV

(nur sofern zusätzlich vereinbart)

§ 1 Welches Risiko übernimmt der Versicherer?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens, wenn die versicherte Person während der Reise wegen eines Schadeneignisses, das während des Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich eingetreten ist, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Schadeneignisse sind Tod, Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden).

§ 2 In welcher Weise schützt der Versicherer die versicherte Person vor Haftpflichtansprüchen, und in welchem Umfang leistet er Entschädigung?

1. Der Versicherer prüft die Haftung, wehrt unberechtigte Ansprüche ab und ersetzt die Entschädigung, welche von der versicherten Person geschuldet ist. Der Versicherer ersetzt die Entschädigung insoweit, als er die Entschädigungspflicht anerkennt oder das Anerkenntnis der versicherten Person genehmigt. Der Versicherer zahlt ebenfalls die Entschädigung, wenn er einen Vergleich schließt oder genehmigt oder wenn eine gerichtliche Entscheidung vorliegt.
2. Macht der Geschädigte oder dessen Rechtsnachfolger den Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend, führt der Versicherer den Rechtsstreit auf seine Kosten im Namen der versicherten Person.
3. Wünscht oder genehmigt der Versicherer die Bestellung eines Verteidigers in einem Strafverfahren gegen die versicherte Person, das aus Anlass eines versicherten Schadeneignisses geführt wird, trägt er die Kosten des Verteidigers.
4. Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, hat er für den daraus entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.
5. Die in der Versicherungspolice oder den Produkt- und Verbraucherinformationen genannten Versicherungssummen bilden die Höchstgrenze für den Umfang der Leistungen des Versicherers.

§ 3 Welche Risiken sind nicht versichert?

Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf

1. Haftpflichtansprüche
 - a) soweit sie aufgrund vertraglicher oder sonstiger Zusage über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
 - b) gemeinsam reisender versicherter Personen untereinander und ihrer mitreisenden Angehörigen;
 - c) wegen der Übertragung einer Krankheit durch die versicherte Person;
 - d) wegen Schäden aus beruflicher Tätigkeit.
2. Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person
 - a) aus der Ausübung der Jagd;
 - b) wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet oder geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt oder welche sie in Obhut genommen hat. Versichert ist jedoch die Haftpflicht aus der Beschädigung von Räumen in Gebäuden während der Reise, insbesondere von gemieteten Ferienwohnungen und Hotelzimmern oder der Unterkunft, nicht jedoch des Mobiliars; kein Versicherungsschutz besteht für Haftpflichtansprüche wegen Verschleißes, Abnutzung oder übermäßiger Beanspruchung;
 - c) als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Führer eines Kraft-, Luft- oder motorgetriebenen Wasserfahrzeugs wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden.
 - d) als Halter und Hüter von Tieren;
 - e) für Gefahren, die mit der vorsätzlichen und widerrechtlichen Begehung einer Straftat im unmittelbaren Zusammenhang stehen.

§ 4 Was muss die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls unbedingt beachten (Obliegenheiten)?

Versicherungsfall ist das Schadeneignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.

1. Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) anzuzeigen.
2. Die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens oder der Erlass eines Strafbefehls oder eines Mahnbescheids ist dem Versicherer von der versicherten Person auch dann unverzüglich anzuzeigen, wenn der Versicherungsfall dem Versicherer bereits bekannt ist.
3. Wird der Anspruch auf Entschädigung gegen die versicherte Person geltend gemacht, hat sie dies dem Versicherer innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs anzuzeigen.
4. Die versicherte Person hat außerdem dem Versicherer anzuzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.
5. Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisung des Versicherers nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was der Aufklärung des Schadensfalles dient. Sie hat ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadenbericht zu erstatten und alle Umstände, die mit dem Schadeneignis in Zusammenhang stehen, mitzuteilen sowie die entsprechenden Schriftstücke einzureichen.
6. Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, hat die versicherte Person die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem vom Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder vom Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen gerichtliche oder staatliche Verfügungen auf Schadenersatz hat die versicherte Person, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
7. Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder die Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, ist die versicherte Person verpflichtet, dieses Recht in ihrem Namen vom Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Nr. 3 bis 5 finden entsprechend Anwendung.
8. Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.