

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Inhaltsverzeichnis

Vertragliche Grundlage

1. Versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen		2
2. Allgemeine Versicherungsbedingungen		2 - 13
2.1. Bestehen der Versicherungspolice		2 - 9
2.1.1. Angaben bei Abschluss und während der Laufzeit der Versicherungspolice		
2.1.1.1. Bei Abschluss der Versicherungspolice		
2.1.1.1.1. Meldepflicht		
2.1.1.1.2. Unterlassung einer Angabe, Auslassen von Angaben oder Unrichtigkeit		
2.1.1.1.2.1. Vorsätzliche Auslassung oder Unrichtigkeit		
2.1.1.1.2.2. Unbeabsichtigte Auslassung oder Unrichtigkeit		
2.1.1.2. Während der Laufzeit der Versicherungspolice		
2.1.1.3. Kumulative Versicherung		
2.1.1.4. Widerrufsrecht		
2.1.2. Inkrafttreten und Wirkungsdatum		
2.1.3. Laufzeit		
2.1.4. Prämien		
2.1.4.1. Zahlungsmodalitäten		
2.1.4.2. Folgen des Zahlungsverzugs		
2.1.4.3. Änderung der Tarife oder der Versicherungsbedingungen		
2.1.5. Leistungen		
2.1.5.1. Wartezeiten		
2.1.5.2. Zeitrahmen für die Meldung von Leistungsfällen		
2.1.5.3. Verpflichtungen und Formalitäten, die beim Eintritt eines Leistungsfalls zu erfüllen sind		
2.1.5.4. Auszahlung von Versicherungsleistungen		
2.1.5.5. Forderungsübergang		
2.1.5.6. Verjährungsfrist		
2.1.6. Ende der Versicherungspolice		
2.2. Kündigung		9 - 11
2.2.1. Automatische Kündigung		
2.2.2. Optionale Kündigung		
2.2.2.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer		
2.2.2.2. Unwirksamkeit des Versicherungsvertrags und Kündigung durch den Versicherer		
2.2.3. Kündigungsformalitäten und Mitteilungsfristen		
2.2.4. Rückerstattung der Prämien im Falle einer Kündigung		
2.2.5. Haftungsbeschränkung		
2.2.6. Höhere Gewalt		
2.3. Sonstige Bestimmungen		11 - 13
2.3.1. Mehrere Versicherungsnehmer		
2.3.2. Ermächtigung zur Datenverarbeitung		
2.3.3. Mitteilungen		
2.3.4. Rechtsstreitigkeiten		
2.3.5. Geltendes Recht und zuständiges Gericht		
2.3.6. Lokale Gesetzgebung		
2.3.7. Outsourcing		
2.3.8. Kommunikation		
2.3.9. Bericht über Solvenz und Finanzlage		
2.3.10. Garantiefonds		
3. Glossar		15 - 17



Vertragliche Grundlage

Der *Versicherer*, der die *Versicherungspolice* ausstellt, ist Foyer Global Health S.A., eine Krankenversicherungs-gesellschaft mit Sitz in Luxemburg in Form einer [*société anonyme*] mit eingetragenem Sitz in 12, Rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, eingetragen unter der Nr. B134471 im luxemburgischen Handels- und Gesellschaftsregister unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxemburg; +352226911-1; caa@caa.lu).

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten des *Versicherers*, des *Versicherungsnehmers* und des *Versicherten* im Rahmen der *Versicherungspolice* sind in den folgenden Dokumenten in ihrer jeweils gültigen Fassung geregelt, die zusammen die *Versicherungspolice* bilden:

- ▶ das *Antragsformular*;
- ▶ diese *Allgemeinen Versicherungsbedingungen*;
- ▶ das *Glossar* am Ende dieser *Allgemeinen Versicherungsbedingungen*;
- ▶ die *besonderen Bedingungen* und die dazugehörigen medizinischen Unterlagen;
- ▶ die *speziellen Bedingungen* und
- ▶ gegebenenfalls die *Allgemeinen Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen*.

Im Falle von abweichenden Regelungen zwischen den *Allgemeinen Bedingungen*, den *speziellen Bedingungen* und den *besonderen Bedingungen* haben die *besonderen Bedingungen* Vorrang vor den *speziellen Bedingungen* und den *Allgemeinen Bedingungen*, und die *speziellen Bedingungen* haben Vorrang vor den *Allgemeinen Bedingungen*.

1. Versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen

Die versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen für den Versicherungsschutz in der *Versicherungspolice* und jegliche daraus resultierenden Leistungen ergeben sich aus der *Versicherungspolice* in ihrer jeweils gültigen Fassung sowie aus allen einschlägigen anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen.

2. Allgemeine Versicherungsbedingungen

2.1. Bestehen der Versicherungspolice

2.1.1. Angaben bei Abschluss und während der Laufzeit der Versicherungspolice

2.1.1.1. Bei Abschluss der Versicherungspolice

2.1.1.1.1. Meldepflicht

Der *Versicherungsnehmer* verpflichtet sich, alle vom *Versicherer* gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten und gegebenenfalls den *Versicherten* zu veranlassen, dasselbe zu tun.

Der *Versicherungsnehmer* verpflichtet sich ferner, zum Zeitpunkt des Abschlusses der *Versicherungspolice* alle ihm bekannten Umstände, die er vernünftigerweise als Elemente betrachten kann, die für die Beurteilung des versicherten Risikos durch den *Versicherer* relevant sind, genau anzugeben und gegebenenfalls den *Versicherten* dazu zu veranlassen, dasselbe zu tun.

Die für die *Versicherungspolice* geltende Prämie wird dementsprechend festgesetzt.

2.1.1.1.2. Unterlassung einer Angabe, Auslassen von Angaben oder Unrichtigkeit

2.1.1.1.2.1. Vorsätzliche Auslassung oder Unrichtigkeit

Die *Versicherungspolice* ist unwirksam, wenn die vorgenannten Angaben und Erklärungen vorsätzlich unterlassen wurden oder unrichtig sind und den *Versicherer* bei seiner Risikobeurteilung in die Irre führen. In diesem Fall hat der *Versicherer* weiterhin Anspruch auf die bereits gezahlten Prämien.



2.1.1.1.2 Unbeabsichtigte Auslassung oder Unrichtigkeit

Ist die Auslassung oder Unrichtigkeit unbeabsichtigt, ist die Versicherungspolice nicht ungültig. In diesem Fall kann der Versicherer jedoch innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem er von der betreffenden Auslassung oder Unrichtigkeit Kenntnis erlangt, eine Änderung der Versicherungspolice vorschlagen, die zu dem Zeitpunkt in Kraft tritt, an dem der Versicherer von der Auslassung oder Unrichtigkeit Kenntnis erlangt hat.

Weist der Versicherer unter diesen Umständen nach, dass er das betreffende Risiko niemals versichert hätte, wenn er bei Abschluss der Versicherungspolice die erforderlichen vollständigen und genauen Angaben erhalten hätte, kann der Versicherer die Versicherungspolice innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt kündigen, an dem er von der betreffenden Auslassung oder Unrichtigkeit Kenntnis erlangt hat.

Lehnt der Versicherungsnehmer die vorgeschlagene Änderung der Versicherungspolice ab oder wird ein solcher Vorschlag nicht innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Vorschlags angenommen, kann der Versicherer die Versicherungspolice innerhalb von 15 Kalendertagen kündigen. Ist die Auslassung oder die Unrichtigkeit vom Versicherungsnehmer verschuldet und tritt ein Leistungsfall ein, bevor die in den vorstehenden Absätzen genannte Änderung oder Kündigung der Versicherungspolice wirksam wird, so ist der Versicherer nur verpflichtet, Leistungen in dem Verhältnis zu gewähren, in dem die vom Versicherungsnehmer tatsächlich gezahlte Prämie zu der Prämie steht, die der Versicherungsnehmer hätte zahlen müssen, wenn das Risiko vollständig und richtig angegeben worden wäre. Weist der Versicherer jedoch nach, dass er das betreffende Risiko, dessen tatsächliche Natur durch den Leistungsfall offenbart wurde, niemals versichert hätte, so beschränkt sich die vom Versicherer zu erbringende Leistung auf die Rückerstattung aller gezahlten Prämien

2.1.1.2. Während der Laufzeit der Versicherungspolice

Der Versicherungsnehmer und/oder der oder die Versicherte(n) ist, beziehungsweise sind verpflichtet, alle Umstände anzugeben, die zu einer spürbaren und nachhaltigen Erhöhung des versicherten Risikos führen können.

Erhöht sich während der Durchführung der Versicherungspolice das Risiko des Eintritts eines Leistungsfalles in einer solchen Weise, dass der Versicherer die Versicherungspolice nur zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätte, wenn der erschwerende Umstand bereits bei Abschluss der Versicherungspolice vorgelegen hätte, so schlägt der Versicherer innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt, zu dem er von dem betreffenden erschwerenden Umstand Kenntnis erlangt hat, eine Änderung der Versicherungspolice rückwirkend zu dem Zeitpunkt des Eintretens des erschwerenden Umstands vor.

Weist der Versicherer nach, dass er das erhöhte Risiko niemals versichert hätte, kann er die Versicherungspolice innerhalb der gleichen Frist kündigen.

Lehnt der Versicherungsnehmer den vom Versicherer unterbreiteten Vorschlag zur Änderung der Versicherungspolice ab oder ist der Vorschlag nach Ablauf eines Monats nach Erhalt des entsprechenden Vorschlags nicht angenommen worden, kann der Versicherer die Versicherungspolice innerhalb von 15 Kalendertagen kündigen.

Tritt ein Leistungsfall ein, bevor die Änderung oder Kündigung der Versicherungspolice wirksam geworden ist, und hat der Versicherungsnehmer die in Absatz 1 dieses Artikels 2.1.1.2 genannte Verpflichtung erfüllt, so ist der Versicherer zur Zahlung der vereinbarten Leistung verpflichtet.

Tritt ein Leistungsfall ein und hat der Versicherungsnehmer die in Absatz 1 dieses Artikels 2.1.1.2 genannte Verpflichtung nicht erfüllt:

- a) ist der *Versicherer* verpflichtet, die vereinbarte *Leistung* zu erbringen, wenn der *Versicherungsnehmer* die Unterlassung der Angabe nicht verschuldet hat;
- b) ist der *Versicherer* zum Zahlen einer Entschädigung nur in dem Verhältnis verpflichtet, in dem die vom *Versicherungsnehmer* tatsächlich gezahlte Prämie zu der Prämie steht, die der *Versicherungsnehmer* bei Berücksichtigung der erschwerenden Umstände hätte zahlen müssen, wenn die Unterlassung der Angabe nicht auf ein Verschulden des *Versicherungsnehmers* zurückzuführen ist. Weist der *Versicherer* jedoch nach, dass er das erhöhte Risiko niemals versichert hätte, beschränkt sich seine Haftung im



Leistungsfall auf die Rückerstattung der Prämien, die für den Zeitraum nach dem Eintreten der betreffenden erschwerenden Umstände bezahlt wurden;

- c) und hat der Versicherungsnehmer in betrügerischer Absicht gehandelt, kann der Versicherer alle Leistungen verweigern. Die bis zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von dem Betrug Kenntnis erlangt hat, fälligen Prämien sind dem Versicherer als Schadenersatz zu zahlen.

Die Bestimmungen dieses Artikels 2.1.1.2 gelten nicht für eine spätere Änderung des Gesundheitszustandes eines *Versicherten*.

2.1.1.3. Kumulative Versicherung

Besteht neben dieser Police eine andere *Krankenversicherung* mit obligatorischen *Leistungen*, so hat diese obligatorische *Krankenversicherung* Vorrang vor der *Versicherungspolice*.

2.1.1.4. Widerrufsrecht

Wird der *Versicherungsvertrag* aus der Ferne abgeschlossen, hat der *Versicherungsnehmer* eine Frist von 14 Kalendertagen, um von dem Vertrag ohne Vertragsstrafe und ohne Angabe von Gründen zurückzutreten.

Die Frist für die Ausübung des Widerrufsrechts beginnt:

- ▶ ab dem Datum, an dem die *Versicherungspolice* aus der Ferne abgeschlossen wird, oder
- ▶ ab dem Datum, an dem der *Versicherungsnehmer* die *Versicherungspolice* erhält, wenn dieses Datum, nach dem im ersten Absatzpunkt genannten Datum liegt.

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Widerrufsrecht gebrauch, so hat er dies vor Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist durch ein Einschreiben mitzuteilen, das an den in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegebenen Geschäftssitz des Versicherers geschickt wird. Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Mitteilung vor Ablauf der Widerrufsfrist abgestempelt wurde.

Der Rücktritt hat die Wirkung, dass der Versicherungsnehmer für die Zukunft von allen Verpflichtungen, die sich aus der *Versicherungspolice* ergeben, befreit ist.

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Widerrufsrecht gebrauch, so kann er nur verpflichtet werden, so bald wie möglich für den vom Versicherer im Rahmen der *Versicherungspolice* tatsächlich erbrachten Versicherungsschutz zu zahlen, vorausgesetzt, der fällige Betrag wurde dem Versicherungsnehmer ordnungsgemäß mitgeteilt. Mit der Ausführung der *Versicherungspolice* darf erst begonnen werden, nachdem der Versicherungsnehmer seine Zustimmung erteilt hat.

Der zu zahlende Betrag:

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

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

Der Versicherer ist verpflichtet, dem Versicherungsnehmer innerhalb von 30 Kalendertagen alle Beträge zu erstatten, die er gemäß der *Versicherungspolice* vom Versicherungsnehmer erhalten hat, mit Ausnahme des Betrags, den der Versicherungsnehmer für den tatsächlich gewährten Versicherungsschutz gemäß den vorstehenden Absätzen schuldet. Die 30-Tage-Frist beginnt an dem Tag, an dem der Versicherer die Mitteilung über den Rücktritt erhält. Erfolgt die Erstattung nicht innerhalb von 30 Kalendertagen, so erhöht sich der geschuldete Betrag von Rechts wegen zum gesetzlichen Zinssatz, der ab dem ersten Tag nach Ablauf der betreffenden Zahlungsfrist gilt.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer so bald wie möglich, spätestens jedoch innerhalb von 30 Kalendertagen, alle vom Versicherer erhaltenen Beträge und/oder Gegenstände zurückzugeben, mit Ausnahme der für die Dauer des Versicherungsschutzes fälligen Versicherungsleistungen, wenn dieser auf Antrag des Versicherungsnehmers bereits begonnen hat. Die 30-Tage-Frist beginnt an dem Tag zu laufen, an



dem die Mitteilung des Versicherungsnehmers über den Rücktritt abgestempelt wurde. Erfolgt die Erstattung nicht innerhalb von 30 Kalendertagen, so erhöht sich der geschuldete Betrag von Rechts wegen zum geltenden gesetzlichen Zinssatz ab dem ersten Tag nach Ablauf der Zahlungsfrist.

2.1.2. Inkrafttreten und Wirkungsdatum

Die Versicherungspolice gilt ab dem Datum der Unterzeichnung des Antragsformulars und der besonderen Bedingungen durch den Versicherer, den Versicherungsnehmer und den Versicherten als abgeschlossen.

Die Versicherungspolice und der darin vorgesehene Versicherungsschutz und die darin vorgesehenen Leistungen treten jedoch am Wirkungsdatum in Kraft und werden dann wirksam.

Für Leistungsfälle, die vor Inkrafttreten der *Versicherungspolice* eintreten, werden keine *Leistungen* gewährt.

Für Neugeborene werden die Leistungen der Krankenversicherung ab dem Tag der Geburt ohne Wartezeit und ohne Risikoprüfung gewährt, wenn der Elternteil seit mindestens 3 Monaten vor der Geburt des Kindes versichert war und wenn das neue Antragsformular, das das Neugeborene als Versicherten einschließt, spätestens 2 Monate nach der Geburt beim Versicherer eingeht. In diesem Fall gelten die entsprechenden Leistungen für das Neugeborene rückwirkend ab dem Tag der Geburt. Die Versicherungsleistungen, die dem Neugeborenen aufgrund eines neuen Antragsformulars gewährt werden, dürfen nicht höher oder umfangreicher sein als die Leistungen, die den Eltern als Versicherten im Rahmen der bestehenden Versicherungspolice gewährt werden. Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die zum Zeitpunkt der Geburt verkaufsoffen sind und dem aktuell geltenden Recht entsprechen.

Im Fall eines adoptierten, minderjährigen Kindes wird eine individuelle versicherungsmedizinische Risikoprüfung durchgeführt. Aus versicherungsmedizinischen Gründen kann im Anschluss an die Risikoprüfung ein Zuschlag von maximal 500% auf den Tarifbeitrag erhoben werden.

2.1.3. Laufzeit

Der *Versicherungsvertrag* wird für die Dauer von einem Jahr abgeschlossen und verlängert sich danach stillschweigend um jeweils ein Jahr, wenn keine der Parteien gemäß den in Artikel 2.2.3 der vorliegenden *Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen* Formalitäten und Kündigungsfristen einer solchen Verlängerung widerspricht.

2.1.4. Prämien

2.1.4.1. Zahlungsmodalitäten

Soweit nichts anderes bestimmt ist, sind die gesetzlich zulässigen Prämien, Gebühren und Steuern im Voraus an den Hauptsitz des *Versicherers* und/oder den vom *Versicherer* zu diesem Zweck benannten Vertreter zu zahlen. Die Zahlung wird vom *Versicherungsnehmer* verlangt.

Wenn die *Versicherungspolice* mehrere versicherte Risiken abdeckt, gilt der Gesamtbetrag der im Rahmen der *Versicherungspolice* fälligen Prämien als eine einzige unteilbare Prämie.

Die Prämie ist eine Jahresprämie. Die erste Prämienzahlung ist ab dem Datum der Unterzeichnung der besonderen Bedingungen durch den Versicherungsnehmer fällig.

Die Folgeprämien sind zum Zeitpunkt der Erneuerung der Versicherungspolice fällig.

Die Zahlungsbedingungen für die Prämien sind im *Antragsformular* angegeben. Jede Änderung der Zahlungsbedingungen bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung des *Versicherers*.

Für Neugeborene, die am Tag ihrer Geburt bereits *Versicherte* sind, werden die Prämien ab dem Tag der Geburt des Kindes fällig.



2.1.4.2. Folgen bei Zahlungsverzug

Bei Nichtzahlung der Prämie oder eines Teils der Prämie innerhalb von 60 Kalendertagen nach dem Fälligkeitsdatum werden die *Leistungen* der *Versicherungspolice* nach einer Nachfrist von 30 Kalendertagen ausgesetzt, nachdem der *Versicherer* dem *Versicherungsnehmer* einen eingeschriebenen Brief an seinen letzten bekannten Wohnsitz zugestellt hat. Der *Versicherer* sendet den entsprechenden eingeschriebenen Brief auch an die letzte bekannte E-Mail-Adresse des *Versicherungsnehmers*.

Das Einschreiben enthält eine förmliche Aufforderung des *Versicherers* an den *Versicherungsnehmer*, alle fälligen Prämien zu zahlen. Außerdem werden in dem Schreiben das Fälligkeitsdatum und der Gesamtbetrag der nicht gezahlten Prämien sowie die Folgen einer Nichtzahlung nach Ablauf der oben genannten Nachfrist genannt.

Ansprüche, die während der auf die Karenzzeit folgenden Aussetzungszeit eintreten, berechtigen nicht zur Gewährung von *Leistungen* durch den *Versicherer*.

Der *Versicherer* hat das Recht, den *Versicherungsvertrag* 10 Kalendertage nach Ablauf der vorgenannten 30-tägigen Nachfrist zu kündigen.

Wird der *Versicherungsvertrag* nicht gekündigt, entfaltet er seine Wirkung für künftige *Versicherungsfälle* erst ab der ersten Stunde des Tages, der auf den Tag folgt, an dem der *Versicherer* oder der von ihm zu diesem Zweck benannte Bevollmächtigte die Zahlung der fälligen Prämien oder, wenn der Gesamtbetrag der Jahresprämie in Bruchteile zerlegt ist, die Zahlung der entsprechenden Bruchteile, die dem *Versicherungsnehmer* als unbezahlt gemeldet wurden, sowie die während des Aussetzungszeitraums verfallenen Prämien und gegebenenfalls die Rechtsverfolgungs- und Beitreibungskosten erhält.

Die Aussetzung der *Leistungen* berührt nicht das Recht des *Versicherers*, die später fällig werdenden Prämien einzufordern, vorausgesetzt, dem *Versicherungsnehmer* wurde eine förmliche Mitteilung zugestellt, in der er darüber informiert wird, dass die Prämien fällig geworden sind und dass der *Versicherungsvertrag* und die daraus gewährten *Leistungen* ausgesetzt bleiben. Dieses Recht ist jedoch auf Prämien für 2 aufeinanderfolgende Jahre beschränkt.

Wird der *Versicherungsvertrag* wegen Nichtzahlung von Prämien oder Prämienbruchteilen für einen ununterbrochenen Aussetzungszeitraum von 2 Jahren ausgesetzt, so endet er automatisch mit Ablauf dieses Zeitraums.

2.1.4.3. Änderung der Tarife oder der Versicherungsbedingungen

Beabsichtigt der *Versicherer*, die Versicherungsbedingungen und/oder seine Tarife zu ändern, so kann er diese Änderung nur gemäß den Bestimmungen des geänderten Gesetzes vom 27. Juli 1997 über Versicherungspolice und etwaiger späterer gesetzlicher Änderungen dieses Gesetzes vornehmen.

2.1.5. Leistungen

2.1.5.1. Wartezeiten

Die Wartezeiten beginnen ihre Laufzeit am Wirkungsdatum.

Ungeachtet der speziellen Bedingungen gelten für die *Versicherungspolice* die folgenden spezifischen Wartezeiten:

- ✦ Bei Schwangerschaft (sowie bei damit verbundenen Komplikationen), Entbindung, psychiatrischen *Leistungen*, Psychotherapie und größeren zahnärztlichen *Leistungen* beträgt die Wartezeit 10 Monate.
- ✦ Im Falle einer *medizinischen Behandlung* bei Unfruchtbarkeit beträgt die Wartezeit für beide Ehepartner oder Lebenspartner 24 Monate.

Wird die *Versicherungspolice* geändert, um die darin vorgesehenen Leistungen zu erweitern, gelten die Wartezeiten für die entsprechenden neuen Leistungen, die im Rahmen der geänderten *Versicherungspolice*



gewährt werden.

2.1.5.2. Zeitrahmen für die Meldung von Leistungsfällen

Ungeachtet der Bestimmungen in Artikel 2.1.5.6 dieser *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* muss der *Versicherungsnehmer* und/oder der *Versicherte* dem *Versicherer* jeden *Schadensfall* unverzüglich melden.

2.1.5.3. Verpflichtungen und Formalitäten, die beim Eintritt eines Leistungsfalls zu erfüllen sind

Der *Versicherungsnehmer* hat alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die Folgen von *Leistungsfällen* zu vermeiden oder zu begrenzen.

Der *Versicherungsnehmer* bzw. der *Versicherte* hat dem *Versicherer* bzw. dessen Beauftragten unverzüglich alle sachdienlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen sowie alle Anfragen des *Versicherers* bzw. dessen Beauftragten zu beantworten, damit der *Versicherer* die Umstände und den Umfang des *Leistungsfalls* feststellen kann.

Auf Verlangen des *Versicherers* ist der *Versicherte* verpflichtet, sich von einer vom *Versicherer* benannten medizinischen Autorität untersuchen zu lassen.

Hält der *Versicherungsnehmer* und/oder der *Versicherte* einer der in den Artikeln 2.1.5.2 und 2.1.5.3 dieser *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* vorgesehenen Verpflichtungen nicht ein und entsteht dem *Versicherer* dadurch ein Schaden, so ist der *Versicherer* berechtigt, die aus der *Versicherungspolice* geschuldeten *Versicherungsleistungen* im Verhältnis zum erlittenen Schaden zu kürzen.

Wenn der *Versicherungsnehmer* und/oder der *Versicherte* eine der in den Artikeln 2.1.5.2 und 2.1.5.3 dieser *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* vorgesehenen Verpflichtungen in betrügerischer Absicht nicht erfüllt, ist der *Versicherer* berechtigt, den im Rahmen des *Versicherungsvertrags* vorgesehenen Versicherungsschutz abzulehnen und die Zahlung von *Versicherungsleistungen* zu verweigern.

2.1.5.4. Auszahlung von Versicherungsleistungen

Hat der *Versicherungsnehmer* oder der *Versicherte* auch Anspruch auf *Leistungen* einer nationalen Krankenkasse oder einer anderen Versicherungseinrichtung oder eines anderen Trägers, so hat der *Versicherer* nur die Kosten zu übernehmen, die dem *Versicherungsnehmer* oder dem *Versicherten* entstehen und die über die bereits von dieser anderen Kasse, Einrichtung oder diesem Träger erhaltenen *Leistungen* hinausgehen.

Der *Versicherer* muss nur zahlen, wenn die vom *Versicherungsnehmer* und *Versicherten* verlangten Belege und Auskünfte dem *Versicherer* vorgelegt werden. Diese Unterlagen gehen danach in das Eigentum des *Versicherers* über. Der *Versicherer* behält sich außerdem das Recht vor, die betreffenden Unterlagen gemäß den geltenden Vorschriften zu archivieren.

Bei den vom *Versicherungsnehmer* und/oder *Versicherten* vorgelegten Rechnungen und Zahlungsnachweisen muss es sich um Originaldokumente handeln, die dem Recht des ausstellenden Landes entsprechen müssen. Diese Rechnungen und Zahlungsnachweise können dem *Versicherer* per Post, E-Mail, Fax oder über einen Upload auf das Kundenportal übermittelt werden, sofern sie lesbar sind und die Übertragungsqualität der Dokumente für ihre Verarbeitung ausreicht.

Ungeachtet dessen kann der *Versicherer* jederzeit verlangen, dass ihm die Originalbelege vorgelegt werden.

Hat sich ein anderer *Versicherer* und/oder eine andere Einrichtung an den Erstattungskosten beteiligt, so genügen doppelte Rechnungen und Zahlungsnachweise, sofern dem *Versicherer* auch ein Beleg über den von dem anderen *Versicherer* und/oder der anderen Einrichtung erstatteten Betrag vorgelegt wird.

Auf allen Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten sein: Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum des *Versicherten* (und eventueller Mitversicherter), eine genaue *ärztliche Krankheitsangabe* (Diagnose) oder eine



genaue Beschreibung der gesamten *Krankheit* oder ein Verweis auf eine international anerkannte Kodifikation (z. B. Internationale Klassifikation der Krankheiten) sowie ein Einzelnachweis der Kosten für die medizinische Behandlung, für die Leistungen erbracht werden sollen, mit Behandlungsdaten und Einheitspreisen. Bei Zahnbehandlungen sind die einzelnen behandelten oder ersetzten Zähne und die damit verbundenen Leistungen anzugeben.

Auf allen ärztlichen Verschreibungen sind folgende Angaben zu machen: Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum des *Versicherten* (und eventueller Mitversicherter), das verordnete *Arzneimittel*, der Preis und die Zahlungsreferenz. Den Rezepten muss die Rechnung des Arztes mit der medizinischen Diagnose und/oder die Rechnung für die *Medikamente* und Heilmittel beigelegt werden.

Beantragt der *Versicherte* anstelle der Kostenerstattung ein Ersatz-*Krankenhaustagegeld*, muss er eine Bescheinigung über die stationäre Behandlung vorlegen, die den Vor- und Nachnamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, die Bezeichnung der *Krankheit* sowie das Aufnahme- und Entlassungsdatum enthalten muss.

Der *Versicherer* ist berechtigt, die Einreichung der Belege und Informationen auf seinen eigenen Formularen zu verlangen. Die entsprechenden Formulare müssen vom *Versicherungsnehmer* bzw. vom *Versicherten* und von der behandelnden *ärztlichen Stelle* ordnungsgemäß ausgefüllt werden.

Der *Versicherer* ist berechtigt, die *Leistungen* an die Person zu zahlen, die dem *Versicherer* die Belege und Informationen in ordnungsgemäßer Form vorlegt. Im Zweifelsfall zahlt der *Versicherer* den Erstattungsbetrag an den *Versicherungsnehmer*, und jede solche Zahlung befreit den *Versicherer* wirksam von seinen entsprechenden Verpflichtungen aus dem *Versicherungsvertrag*.

Die in ausländischer Währung angefallenen Kosten werden zu dem am Tag der Einreichung der Belege beim *Versicherer* geltenden Wechselkurs in Euro umgerechnet.

Alle Belege und Informationen müssen in Deutsch, Englisch oder Französisch eingereicht werden. Alle Gebühren, die dem *Versicherer* im Zusammenhang mit der Übersetzung von Dokumenten und Informationen, die in einer anderen Sprache eingereicht werden, entstehen, können von den im Rahmen der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* abgezogen werden.

Die Rechte auf *Versicherungsleistungen* aus der *Versicherungspolice* können nicht abgetreten, übertragen oder verpfändet werden.

2.1.5.5. Forderungsübergang

Der *Versicherer* tritt in alle Rechte und Klagen ein, die der *Versicherungsnehmer* oder der *Versicherte* im Zusammenhang mit einem *Leistungsfall* gegen einen Dritten geltend machen kann, und zwar in Höhe der vom *Versicherer* in diesem Zusammenhang gezahlten *Leistungen*.

Wenn der vorgenannte Forderungsübergang aufgrund von Handlungen oder Unterlassungen des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* nicht mehr zu Gunsten des *Versicherers* wirken kann, kann der *Versicherer* die Rückzahlung der aus der *Versicherungspolice* erbrachten *Leistungen* im Verhältnis zum erlittenen Schaden verlangen.

Der Forderungsübergang darf nicht dazu führen, dass der *Versicherte* durch die Zahlung von *Leistungen* aus der *Versicherungspolice* nur teilweise entschädigt wird. In diesem Fall kann der *Versicherte* seine Rechte für die Beträge, die ihm noch geschuldet werden, vorrangig gegenüber dem *Versicherer* geltend machen.

Der *Versicherer* hat, außer bei Böswilligkeit des *Versicherten*, keinen Regressanspruch gegen dessen Nachkommen, Verwandte in aufsteigender Linie, Ehepartner und Schwiegereltern in direkter Linie sowie gegen die in der Wohnung oder dem Haus des *Versicherten* lebenden Personen, seine Gastgeber und seine Hausangestellten. Der *Versicherer* kann jedoch gegen die genannten Personen gerichtlich vorgehen, soweit ihre Haftung durch einen *Versicherungsvertrag* wirksam gedeckt ist.



2.1.5.6. Verjährungsfrist

Die Verjährungsfrist für jegliche Rechtsstreite die sich aus, oder im Zusammenhang mit der *Versicherungspolice* ergeben beträgt 3 Jahre.

Die Verjährungsfrist beginnt ab dem Tag, an dem das Ereignis, das den betreffenden Rechtsstreit auslöst, eintritt. Kann die klageberechtigte Person nachweisen, dass sie erst zu einem späteren Zeitpunkt von dem klagefähigen Ereignis Kenntnis erlangt hat, beginnt die Verjährungsfrist erst zu diesem späteren Zeitpunkt

zu laufen, ohne jedoch 5 Jahre ab dem Zeitpunkt des Eintritts des klagefähigen Ereignisses zu überschreiten, außer im Falle von Betrug.

Die Verjährungsfrist läuft auch gegen Minderjährige oder andere Personen, die nicht geschäftsfähig sind.

Die Verjährungsfrist läuft nicht gegen einen *Versicherten*, der aufgrund *höherer Gewalt* nicht in der Lage ist, innerhalb der vorgeschriebenen Frist zu handeln.

Ist der Leistungsfall rechtzeitig gemeldet worden, ist die Verjährungsfrist unterbrochen, bis der Versicherer dem Versicherungsnehmer oder Versicherten seine Entscheidung bezüglich des Schadensfalls schriftlich mitgeteilt hat.

2.1.6. Ende der Versicherungspolice

Die Ansprüche auf Zahlung von *Versicherungsleistungen* im Rahmen der *Versicherungspolice* verfallen automatisch an dem Tag, an dem die *Versicherungspolice* gekündigt wird, auch für bereits eingetretene *Leistungsfälle* und/oder solche, die dem *Versicherer* vor dem Kündigungsdatum gemeldet wurden.

2.2. Kündigung

2.2.1. Automatische Kündigung

Die *Versicherungspolice* endet automatisch, wenn sie 2 Jahre lang ununterbrochen ausgesetzt war.

Die *Versicherungspolice* endet in Bezug auf einen bestimmten Versicherten, wenn für diesen Versicherten eine der in den Tarifen festgelegten Bedingungen der Versicherungsfähigkeit endet.

Außerdem endet die *Versicherungspolice* automatisch im Falle des Todes des Versicherungsnehmers. Die überlebenden Versicherten können die *Versicherungspolice* jedoch durch die Ernennung eines neuen Versicherungsnehmers erneuern, sofern die entsprechende Ernennung innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des ursprünglichen Versicherungsnehmers für den Versicherer angegeben wird.

Eine Scheidung oder gleichwertige Trennung führt nicht zur automatischen Kündigung der *Versicherungspolice*, die weiterhin gilt.

2.2.2. Optionale Kündigung

Im Falle von Mehrfachversicherungen oder versicherten Risiken kann sich die Kündigung auf eine oder mehrere dieser Versicherungen und/oder Risiken beziehen.

2.2.2.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann die *Versicherungspolice* insgesamt oder die *Versicherungspolice* für bestimmte Versicherte oder Tarife bei jeder Erneuerung der *Versicherungspolice* nach Erhalt der Zahlungsmittelteilung des Versicherers kündigen, in der der Versicherungsnehmer über die Erneuerung der *Versicherungspolice*, das Fälligkeitsdatum der nächsten Prämie und das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers informiert wird. Das entsprechende Kündigungsschreiben muss vom Versicherungsnehmer spätestens 30 Kalendertage nach dem Datum des Poststempels der vorgenannten Zahlungsmittelteilung an den Versicherer gesendet werden. Die Kündigung wird am zweiten Werktag nach dem



Datum des Poststempels des Kündigungsschreibens wirksam, frühestens jedoch am Tag der Erneuerung der Versicherungspolice.

Werden diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß Artikel 2.1.4.3 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen geändert, kann der Versicherungsnehmer die Versicherungspolice innerhalb eines Monats ab dem Datum des Poststempels der Absendung des Mitteilungsschreibens des Versicherers, das den Versicherungsnehmer über die betreffende Änderung informiert, kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens durch den Gerichtsvollzieher, dem auf der Empfangsbescheinigung des Kündigungsschreibens angegebenen Datum oder dem Tag nach der Übergabe

des Kündigungsschreibens an die Post wirksam, je nach Lage des Falls.

Im Falle einer Prämienhöhung gemäß Artikel 2.1.4.3 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Versicherungspolice innerhalb von 60 Tagen ab dem Datum des Poststempels der Absendung des Mitteilungsschreibens des Versicherers, das den Versicherungsnehmer über die entsprechende Prämienhöhung informiert, zu kündigen. Die Kündigung wird am zweiten Werktag nach Absendung des Kündigungsschreibens (es gilt das Datum des Poststempels) wirksam, frühestens jedoch am Tag der Erneuerung der Versicherungspolice.

Der Versicherungsnehmer kann die Versicherungspolice ferner insgesamt kündigen, wenn der Versicherer ein oder mehrere versicherte Risiken, die durch die Versicherungspolice gedeckt sind, gekündigt hat. Die Kündigung muss innerhalb eines Monats nach dem Datum des Poststempels der Absendung des Kündigungsschreibens des Versicherers erfolgen und wird innerhalb eines Monats nach dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens des Versicherungsnehmers durch den Gerichtsvollzieher, dem auf der Empfangsbescheinigung angegebenen Datum oder dem Tag nach der Aufgabe des Kündigungsschreibens des Versicherungsnehmers bei der Post wirksam, je nach Lage des Falls.

Kündigt der Versicherungsnehmer die gesamte Versicherungspolice oder kündigt er sie für einen oder mehrere einzelne Versicherte, so können die Versicherten die Versicherungspolice durch Benennung eines neuen Versicherungsnehmers erneuern, sofern diese Benennung innerhalb von 2 Monaten nach der betreffenden Kündigung für den Versicherer angegeben wird. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer nachweist, dass die betroffenen Versicherten über die Kündigungsmittelung des Versicherungsnehmers informiert worden sind.

2.2.2.2. Unwirksamkeit des Versicherungsvertrags und Kündigung durch den Versicherer

Wird ein bestimmtes Risiko bösgläubig im Rahmen einer oder mehrerer Versicherungspolicen einschließlich der Versicherungspolice mit einer zu hohen Prämie versichert, so ist die Versicherungspolice ungültig und unwirksam. In diesem Fall kann der gutgläubige Versicherer die eingenommenen Prämien als Mittel zur Entschädigung für jeglichen erlittenen Schaden behalten.

Ungeachtet anderer in der Versicherungspolice vorgesehenen Kündigungsgründe kann der Versicherer die Versicherungspolice mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter Versicherungsleistungen in betrügerischer Weise erlangt oder zu erlangen versucht hat. Dieses Kündigungsrecht verfällt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt ausgeübt wird, zu dem der Versicherer über die Tatsachen Kenntnis erlangt hat, welche die Kündigung auslösen.

Wenn die Versicherungspolice für mehrere Versicherte gilt und die Voraussetzungen für die Kündigung der Versicherungspolice nur für bestimmte Versicherte erfüllt sind, kann die Ausübung der vorstehenden Kündigungsrechte auf die betreffenden Versicherten beschränkt werden.



2.2.3. Kündigungsformalitäten und Kündigungsfristen

Die Kündigung des *Versicherungsvertrags* muss per Einschreiben, per Zustellung durch den Gerichtsvollzieher oder durch Übergabe des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung erfolgen.

Sofern hierin nichts anderes vorgesehen ist, wird die Kündigung nach Ablauf einer Frist von einem Monat nach dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens durch den Gerichtsvollzieher, dem auf der Quittung des Kündigungsschreibens angegebenen Datum bzw. dem Tag nach der Übergabe des Kündigungsschreibens an die Postdienste wirksam, je nach Lage des Falls.

2.2.4. Rückerstattung der Prämien im Falle einer Kündigung

Ungeachtet des Kündigungsgrundes sind die Prämien, die der *Versicherungsnehmer* für die nach dem Wirksamwerden der Kündigung laufende Versicherungsperiode gezahlt hat, innerhalb von 30 Tagen nach dem Wirksamwerden der Kündigung zu erstatten. Nach Ablauf dieser 30-Tage-Frist fallen von Rechts wegen gesetzliche Zinsen an.

2.2.5. Haftungsbeschränkung

Ohne grobe Fahrlässigkeit oder vorsätzliches Fehlverhalten des Versicherers, haftet dieser gegenüber dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten nicht für Verluste, Forderungen, Haftpflichtansprüche, Kosten oder Schäden, die sich aus Handlungen oder Unterlassungen des Versicherers im Zusammenhang mit der Erbringung von Dienstleistungen oder mit der Durchführung von jeglichen Maßnahmen im Rahmen der Versicherungspolice ergeben.

2.2.6. Höhere Gewalt

Der Versicherer haftet nicht für Handlungen oder Unterlassungen von erforderlichen Handlungen, die er im Zusammenhang mit der Erfüllung seiner Verpflichtungen oder mit der Ausübung seiner Rechte in der Versicherungspolice vornimmt, wenn und soweit diese Handlungen oder Unterlassungen auf Ereignisse zurückzuführen sind, oder von Ereignissen verursacht werden, die außerhalb der zumutbaren Kontrolle des Versicherers liegen (höhere Gewalt), einschließlich, aber nicht beschränkt auf Unruhen, Krieg, Aufstand, Aufruhr, zivile oder militärische Konflikte, Sabotage, Arbeitsunruhen, Streik, Aussperrung, Feuer, Überschwemmung oder Wasserschäden, höhere Gewalt, regierungsbehördliche Maßnahmen oder die Androhungen durch jegliche Behörden, gesetzlicher Zwang, Betrug oder Fälschung, Unfall, Explosion,

mechanischer Zusammenbruch, Computer- oder Systemausfall, Ausfall von Geräten, Ausfall oder Störung von Kommunikationsmedien oder Unterbrechung der Stromversorgung, lokale oder ausländische Gesetze, Gerichtsverfahren, Dekrete, Verordnungen, Anordnungen oder andere Maßnahmen einer lokalen oder ausländischen Regierung, Behörde, Selbstregulierungsorganisation, Regierungsinstitution oder eines lokalen oder ausländischen Regierungsinstruments oder Gerichts.

Der Versicherer hat im Interesse aller Beteiligten die geltenden lokalen, europäischen und internationalen Vorschriften und Regelungen einschließlich der Sanktionsvorschriften einzuhalten. Der Versicherer ist nicht dazu verpflichtet, Versicherungsleistungen zu gewähren oder zu erbringen oder einen Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungspolice zu garantieren, wenn die Erfüllung des Versicherungsschutzes oder die Erbringung einer Leistung den Versicherer dem Risiko jeglicher Sanktionen, Strafen, Verbote oder Beschränkungen gemäß solchen Vorschriften und Bestimmungen aussetzen würde.

2.3. Sonstige Bestimmungen

2.3.1. Mehrere Versicherungsnehmer

Gibt es mehrere *Versicherungsnehmer*, so haften alle *Versicherungsnehmer* gesamtschuldnerisch für die Erfüllung, die sich aus der *Versicherungspolice* ergibt.



Nach jeglicher partiellen Kündigung der Versicherungspolice oder einer anderen Verringerung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Versicherungspolice, die die Versicherungspolice nicht vollständig beendet, gilt der vorstehende Absatz nur in Bezug auf die verbleibenden Verpflichtungen der Versicherungsnehmer und im proportionalen Verhältnis zu der Verringerung.

2.3.2. Ermächtigung zur Datenverarbeitung

Der *Versicherungsnehmer*, der nicht nur in seinem eigenen Namen, sondern auch im Namen und im Auftrag der anderen *Versicherten* handelt, ermächtigt den *Versicherer* zur Verarbeitung medizinischer oder sensibler Daten, die nicht nur seine Person, sondern auch die der anderen *Versicherten* betreffen, und zwar auch dann, wenn dies für die Durchführung oder Erfüllung des *Versicherungsvertrags* erforderlich ist. Der *Versicherungsnehmer* verpflichtet sich, dass die *versicherten Parteien* der entsprechenden Verarbeitung ihrer medizinischen und sensiblen Daten zum Zwecke der Ausführung und Erfüllung der *Versicherungspolice* zustimmen, sie akzeptieren und genehmigen.

2.3.3. Benachrichtigungen

Alle Benachrichtigungen des *Versicherers* an den *Versicherungsnehmer* gelten als wirksam zugestellt, wenn sie per Post an die letzte bekannte Adresse des *Versicherungsnehmers*, die in den Unterlagen des *Versicherers* aufgeführt ist, gesendet werden. Gibt es mehrere *Versicherungsnehmer*, so gilt jede Mitteilung des *Versicherers*, die an einen von ihnen gesendet wird, als an alle gültig zugestellt.

Mitteilungen des *Versicherers* an den *Versicherungsnehmer* gelten 10 Kalendertage nach dem Datum des Poststempels ihrer Absendung durch den *Versicherer* als beim *Versicherungsnehmer* eingegangen.

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

2.3.4. Rechtsstreitigkeiten

Bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem *Versicherungsvertrag* muss der *Versicherungsnehmer* eine schriftliche Beschwerde einreichen:

- ▶ entweder an die **Geschäftsleitung des Versicherers**,
- ▶ oder an den **Ombudsmann für Versicherungen**: c/o: Association des Compagnies d'Assurances et de Réassurances du Grand-Duché de Luxembourg (Luxemburger Versicherungs- und Rückversicherungsverband), 12 rue Erasme, L-1468 Luxembourg,
- ▶ oder an den **Verbraucher-Ombudsmann**: Union Luxembourgeoise des Consommateurs (Luxemburger Verbraucherschutzverband), 55 rue des Bruyères, L-1274 Howald,
- ▶ oder an den Nationalen **Verbraucher-Ombudsmannsdienst**: Service National du Médiateur de la Consommation, 6 rue du Palais de Justice L-1841 Luxembourg
- ▶ oder an die **Luxemburger Versicherungskommission**: Commissariat aux Assurances, 7 boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg,

Dies berührt nicht die Möglichkeit, dass der *Versicherungsnehmer* vor Gericht Klage erhebt.

Bitte beachten Sie auch das ausführliche Verfahren zur außergerichtlichen Beilegung von Beschwerden [im Anhang zu diesen AVB][verfügbar auf der Website des *Versicherers* <https://www.foyerglobalhealth.com/>].

2.3.5. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Die *Versicherungspolice* unterliegt dem Luxemburger Recht und ist nach diesem auszulegen. Für Angelegenheiten, die in diesen *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* nicht ausdrücklich erwähnt sind, gelten die anwendbaren Bestimmungen des Luxemburger Rechts.

Für alle Rechtsstreite, die sich aus oder im Zusammenhang mit der *Versicherungspolice* ergeben, sind ausschließlich die Gerichte in Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg zuständig, unbeschadet der Anwendung einschlägiger europäischer Verordnungen oder internationaler Verträge oder Vereinbarungen.



Für alle außervertraglichen Schadensersatzansprüche gegen den Versicherer sind ausschließlich die Gerichte in Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg zuständig.

2.3.6. Lokale Gesetzgebung

Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte müssen möglicherweise örtlichen Krankenversicherungsgesetzen und entsprechenden Verpflichtungen folgen. Der im Rahmen der Versicherungspolice gewährte Versicherungsschutz erhebt nicht den Anspruch, solche lokalen Krankenversicherungsgesetze und entsprechende Verpflichtungen zu erfüllen, und stellt keinen Ersatz für ein obligatorisches Krankenversicherungssystem dar, das dem Versicherungsnehmer und/oder dem Versicherten auferlegt werden kann.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte erkennen ausdrücklich an, akzeptieren und stimmen zu, dass der Versicherer nicht für Verstöße gegen örtliche Krankenversicherungsgesetze oder -verpflichtungen haftbar ist, denen der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte eventuell unterliegt, und erkennen ferner ausdrücklich an, akzeptieren und stimmen zu, dass der Versicherer für alle direkten oder indirekten Verluste, Schäden, Kosten, Sanktionen, Strafen, Gebühren oder andere Maßnahmen, die im Zusammenhang mit solchen verbindlichen örtlichen Krankenversicherungsgesetzen oder -verpflichtungen entstehen, entschädigt und schadlos gehalten wird.

In diesem Zusammenhang verpflichten sich der Versicherungsnehmer und der Versicherte, zu prüfen und sicherzustellen, dass der Abschluss der Versicherungspolice mit den für sie geltenden gesetzlichen Bestimmungen übereinstimmt.

2.3.7. Outsourcing

Im Rahmen der Erfüllung der Versicherungspolice und um eine optimale Erbringung der damit verbundenen Versicherungsleistungen nach hohen Qualitätsstandards zu ermöglichen, stützt sich der Versicherer auf Outsourcing-Dienstleister mit Sitz in Frankreich und Deutschland sowie auf Cloud-arrangements. In diesem Zusammenhang werden Informationen und Daten des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten, insbesondere persönliche Identifikationsdaten (wie Titel, Nachname, Vorname, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Geburtsdatum) und Kommunikationsdaten (wie Berichte über Telefon-, und, E-Mail-Austausch, sowie den Austausch über soziale Netzwerke oder über ein Portal) den betreffenden Dienstleistern zur Verfügung gestellt und offengelegt.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte erkennen das vorgenannte Outsourcing und die Nutzung der Cloud und die damit verbundenen notwendigen Übertragungen und die Offenlegung von Informationen und Daten ausdrücklich an, akzeptieren diese und stimmen ihnen zu.

2.3.8. Kommunikation

Der *Versicherungsnehmer* und der *Versicherte* verlangen ausdrücklich, dass diese *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* und ganz allgemein die *Versicherungspolice* sowie alle unterstützenden Dokumente und Informationen dem *Versicherungsnehmer* und dem *Versicherten* in englischer Sprache vorgelegt werden. Der *Versicherungsnehmer* und der *Versicherte* bestätigen ausdrücklich, dass sie die englische Sprache vollständig verstehen.

Die Korrespondenz und ganz allgemein alle anderen Arten der Kommunikation zwischen dem *Versicherer*, dem *Versicherungsnehmer* und dem *Versicherten* sind in englischer Sprache zu führen.



2.3.9. Bericht über Solvabilität und Finanzlage

Der Bericht über die Solvenz und die Finanzlage, der von Zeit zu Zeit vom Versicherer veröffentlicht wird, ist auf der Website des Versicherers unter der folgenden Adresse verfügbar:

<https://www.foyerglobalhealth.com>.

2.3.10. Garantiefonds

Nach luxemburgischem Recht unterliegen die aus der *Versicherungspolice* gewährten *Leistungen* keinem besonderen gesetzlichen Garantiefonds. Jegliche Ansprüche auf Auszahlung von *Leistungen* aus der *Versicherungspolice* sind jedoch im Rahmen des Sicherungsdreiecks geschützt, das durch die zwingenden luxemburgischen Rechtsvorschriften über die Hinterlegung der der *Versicherungspolice* zugrunde liegenden versicherungstechnischen Rückstellungen, die damit verbundene Aufsicht durch das Commissariat aux Assurances und die geltenden gesetzlichen *Privilegien* gebildet wird.



3. Glossar

Allgemeine Versicherungsbedingungen	Diese Bedingungen gelten für alle vom Versicherer versicherten Risiken.
Allgemeine Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistung	Die Vertragsbedingungen, die die zusätzlichen Leistungen regeln, die der Versicherer eventuell bereit ist, dem Versicherungsnehmer und/oder dem Versicherten im Zusammenhang mit dem im Rahmen der Versicherungspolice gewährten Versicherungsschutz in Bezug auf medizinische Behandlungen zu erbringen.
Antragsformular	Der Antrag auf Krankenversicherung, der den Versicherungsvorschlag im Sinne der geltenden Gesetze enthält, der vom Versicherungsnehmer und gegebenenfalls vom Versicherten unterzeichnet ist.
Arbeitsunfähigkeit	Wenn der Versicherte vorübergehend nicht in der Lage ist, seine übliche berufliche Tätigkeit oder jegliche andere Erwerbstätigkeit auszuüben. Die Arbeitsunfähigkeit muss von einer medizinischen Autorität gemeldet werden.
Arzneimittel	Wirkstoffe, die allein oder in Kombination mit anderen Stoffen zur Diagnose oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperverletzungen oder pathologischen Beschwerden verwendet werden. Lebensmittel, Kosmetika und Hygieneartikel gelten nicht als Arzneimittel. Arzneimittel müssen von einem Arzt verschrieben und von einer Apotheke geliefert werden. Arzneimittel werden gemeinhin wie folgt bezeichnet: "Medizin"; "Pharmazeutika".
Arzt	Ein Arzt (Allgemeinmediziner oder Facharzt) oder Inhaber eines medizinischen Diploms, das in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, gesetzlich anerkannt ist, welcher befugt ist medizinische Versorgung zu leisten (siehe medizinische Behandlung).
Behandlungsbeginn	Das Datum, an dem eine medizinische Behandlung beginnt, die von einer medizinischen Behörde im Anschluss an eine Krankheit oder eine Körperverletzung verschrieben und durchgeführt wird
Besondere Bedingungen	Diespezifisch für jede einzelne Versicherungspolice geltenden Bedingungen.
Datum des Inkrafttretens	Datum, an dem die abgeschlossene Versicherungspolice und der Versicherungsschutz und die vorgesehenen Leistungen in Kraft treten, d. h. das Datum und die Uhrzeit, die in den besonderen Bedingungen angegeben sind, oder das Datum der Zahlung der ersten Versicherungsprämie, je nachdem, welcher Zeitpunkt der spätere ist; dies gilt unbeschadet etwaiger anwendbarer Wartezeit.
Glossar	Dieses Glossar mit den definierten Begriffen, welches einen integralen Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Versicherungspolice darstellt.
ICD-Codes	Die Klassifizierungscodes, die im Rahmen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, einem internationalen System zur Kodierung und Klassifizierung aller bekannten Diagnosen.



Körperverletzung	Ein plötzliches Ereignis, das den Versicherten betrifft, das sich der Kontrolle des Versicherten entzieht und zu einem körperlichen Schaden führt, dessen Ursache außerhalb des Körpers des Versicherten liegt und dessen Symptome von einer medizinischen Behörde bestimmt und objektiv festgestellt werden können, um eine Diagnose zu stellen und eine medizinische Behandlung durchzuführen.
Krankheit	Die Verschlechterung des körperlichen oder geistigen Gesundheitszustands des Versicherten, deren Ursache und Symptome von einer medizinischen Behörde objektiv festgestellt werden können, um eine Diagnose zu stellen und eine medizinische Behandlung durchzuführen; die Verschlechterung darf jedoch nicht auf eine Körperverletzung zurückzuführen sein.
Leistung	Die Erstattung der Kosten und Ausgaben für die medizinische Versorgung und/oder die Auszahlung des Tagegeldes durch den Versicherer an den Versicherten im Anschluss an einen durch die Versicherungspolice gedeckten Leistungsfall.
Leistungsfall	Von einer medizinischen Autorität verschriebene und durchgeführte medizinische Behandlung eines Versicherten infolge einer Krankheit oder einer Körperverletzung, die von einer medizinischen Behörde verordnet und durchgeführt wird. Der Leistungsfall beginnt mit dem Datum des Behandlungsbeginns und endet, wenn eine ärztliche medizinische Untersuchung durch eine medizinische Autorität bestätigt, dass die Behandlung nicht mehr notwendig ist. Muss die Behandlung wegen einer Krankheit oder wegen der Folgen einer Körperverletzung, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung steht, verlängert werden, so entsteht ein neuer Leistungsfall. Bestehen die Leistungen in einem Tagegeld, so werden diese nur fällig, wenn der Leistungsfall zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führt. Der Leistungsfall endet, wenn die Arbeitsunfähigkeit und die Behandlung nicht mehr notwendig sind. Wurde die Arbeitsunfähigkeit durch mehrere, gleichzeitig aufgetretene Krankheiten oder Körperverletzungen verursacht, werden die Taggelder nur einmal gezahlt.
Medikament	Jede Substanz oder Zusammensetzung mit heilenden Eigenschaften in Bezug auf eine Krankheit.
Medizinische Assistenzleistungen	Die medizinischen Assistenzleistungen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen beschrieben sind, diesen unterliegen und in diesen geregelt sind.
Medizinische Autorität	Eine Person, die aufgrund eines anerkannten und offiziellen medizinischen Abschlusses zur Ausübung der Medizin befugt ist. Er/sie kann eine Diagnose in Bezug auf eine Krankheit und/oder eine Körperverletzung stellen.
Medizinische Behandlung	Als ärztliche Leistungen gelten diagnostische und therapeutische Maßnahmen einschließlich ärztlicher Beratung, Hilfsmittel und Eingriffe sowie Arznei- und Verbandmittel, die der Erkennung, Linderung oder Heilung einer Krankheit oder Körperverletzung dienen und die zum Zeitpunkt der Behandlung aufgrund objektiver medizinischer Befunde und wissenschaftlicher Erkenntnisse als medizinisch notwendig erachtet werden.
Medizinisch notwendig	Alle Handlungen, die dazu geeignet sind, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern.
Spezielle Bedingungen	Die Versicherungsbedingungen, in denen der genaue Umfang des Versicherungsschutzes und die Versicherungsleistungen für das im Rahmen der Versicherungspolice abgeschlossene Krankenversicherungsprodukt festgelegt sind.



Verdandi	Material, das als Verband angelegt wird.
Versicherer	Die Versicherungsgesellschaft, welche die Versicherungspolice abschließt, d.h. [Foyer Global Health S.A.], eine luxemburgische Krankenversicherungsgesellschaft mit Sitz in [12, Rue Léon Laval, L-3372 Leudelange], eingetragen im luxemburgischen Handels- und Gesellschaftsregister unter der Nr. [B134471], welches unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxemburg; +352226911-1; caa@caa.lu) steht.
Versicherter	Die Person, die in den besonderen Bedingungen als die Person bezeichnet wird, deren Gesundheit im Rahmen der Versicherungspolice versichert ist.
Versicherungsnehmer	The person who enters into the <i>Insurance Policy</i> .
Versicherungspolice	Der vertragliche Rahmen für die Krankenversicherung, bestehend aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zusammen mit diesem Glossar, den speziellen Bedingungen, den besonderen Bedingungen, dem Antragsformular und ggf. den Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen, je nach Lage des Falls.
Wartezeit	Zeitraum nach dem Datum des Inkrafttretens, in dem im Rahmen der Versicherungspolice kein Versicherungsschutz und keine Leistungen für die Risiken gewährt werden, die der Wartezeit unterliegen.
Zusatzleistungen	Die in den Allgemeinen <i>Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen</i> beschriebenen und dort geregelten Zusatzleistungen und <i>zusätzliche Dienstleistungen</i> .

