

Inhalt IPS0512

Allgemeine Geschäftsbedingungen

	Seite
<i>Allgemeine Bedingungen</i>	
A.1	Grundlage der Versicherung 3
A.2	Laufzeit der Versicherung 3
A.3	Räumlicher Anwendungsbereich der Versicherung 4
A.4	Doppelversicherung 5
A.5	SOS International 5
A.6	Allgemeine Pflichten des Versicherten 6
A.7	Allgemeine Ausschlüsse 7
A.8	Verjährungsfrist 8
A.9	Anspruchsverwirkung 8
A.10	Prämienzahlung 8
A.11	Sonstige Bestimmungen 9
	Änderungen der Prämie und/oder der Bedingungen
 <i>Kategorie 1 - Kosten für medizinische und zahnmedizinische Behandlungen</i>	
1.1	Begriffsdefinition 11
1.2	Umfang des Versicherungsschutzes 11
1.3	Weitere Ausschlüsse 14
1.4	Besondere Pflicht im Fall eines Krankenhausaufenthalts 15
 <i>Kategorie 2 - Außerordentliche Kosten</i>	
2.1	Begriffsdefinition 16
2.2	Umfang des Versicherungsschutzes 16
2.3	Schadensfall 17
2.4	Weitere Ausschlüsse 17
 <i>Kategorie 3 - Beistand auf Reisen und Rechtshilfe außerhalb der Niederlande</i>	
3.1	Beistand auf Reisen außerhalb der Niederlande 18
3.2	Rechtshilfe im Ausland 18
3.3	Umfang des Versicherungsschutzes 18
3.4	Weitere Ausschlüsse 19
3.5	Verfahren 19
3.6	Bestimmungen hinsichtlich der Beilegung von Streitigkeiten auf dem Vergleichswege, falls Versicherungsschutz für Rechtshilfekosten gewährt wird 20

Kategorie 4 - Unfälle

4.1	Begriffsdefinition	21
4.2	Versicherungssumme	21
4.3	Weitere Ausschlüsse	22
4.4	Außerordentliche Pflichten	23
4.5	Zahlungen	23

Kategorie 5 - Haftung für Privatpersonen

5.1	Der Versicherte	27
5.2	Umfang des Versicherungsschutzes	27
5.3	Ergänzende Ausschlüsse	28
5.4.	Beaufsichtigte Gegenstände	31
5.5.	Schäden	32

Kategorie 6 - Gepäck oder Haushaltsgegenstände

6.1	Definitionen	33
6.2	Umfang des Versicherungsschutzes	33
6.3	Ergänzende Ausschlüsse	34
6.4	Ergänzende Pflichten des Versicherten oder einer an der Versicherung beteiligten Partei	35
6.5	Schäden	36

Kategorie 7 - Kosten der Stornierung der IPS

7	Umfang des Versicherungsschutzes	37
7.1	Stornierungen	37
7.2	Versicherungsfälle	37
7.3	Verspätete Abreise	38
7.4	Unterbrechung	38
7.5	Wintersport	38
7.6	Versicherungssumme	38
7.7	Gültigkeit der Versicherung	38
7.8	Außerordentliche Pflichten	39

Kategorie 8 - Klauselblatt Terrorismusversicherung

1.	Definitionen	40
2.	Einschränkung des Versicherungsschutzes für Terrorrisiken	41
3.	NHT-Schadensregulierungsprotokoll	42

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

IPS0512

A.1 GRUNDLAGE DER VERSICHERUNG

A.1.1 Die Daten, die dem Versicherer vom Versicherten zur Verfügung gestellt werden, sind die Grundlage der Versicherung und mit dieser als eine Einheit zu betrachten.

Der Versicherte

A.1.2 Als Versicherter gilt die Person, deren Name in der Police eingetragen ist. Die Versicherung ist nicht übertragbar.

A.2 LAUFZEIT DER VERSICHERUNG

A.2.1 Die Versicherung ist für die in der Police angegebene Laufzeit gültig. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Versicherung nach dem Ablaufdatum nicht fortzusetzen oder die Bedingungen zu ändern und/oder die Prämie im Falle einer Verlängerung des Versicherungsvertrags anzupassen. Der Versicherungsnehmer erhält eine diesbezügliche Ankündigung vor dem Ablaufdatum der Versicherung.

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

A.2.2.0 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zeitpunkt, an dem der Versicherte seinen ständigen oder seinen tatsächlichen Wohnsitz verlässt, um ins Ausland zu reisen, und endet an dem in der Police genannten Enddatum oder bereits vorher mit dem Zeitpunkt, an dem der Versicherte zu seinem tatsächlichen Wohnsitz zurückkehrt.

A.2.2.1 Sollte die Laufzeit der Versicherung aufgrund unvorhergesehener Verzögerungen überschritten werden, die außerhalb der Kontrolle des Versicherten liegen, so bleibt die Versicherung kostenfrei und automatisch bis zur frühestmöglichen Rückkehr des Versicherten in Kraft. Die Versicherung bleibt auch in dem unwahrscheinlichen Fall in Kraft, dass die Abreise zum Zielort innerhalb von zehn Tagen vor dem in der Police genannten Beginn erfolgt.

A.2.2.2 Nach der Rückkehr des Versicherten in sein Herkunftsland bleibt die Versicherung so lange in Kraft, bis der Versicherte in der Lage ist, sich gegen die Kosten medizinischer Behandlungen selbst zu versichern, allerdings längstens für die Dauer von vierzehn Tagen ab dem Datum der Rückkehr.

A.2.2.3 Die Versicherung im Sinne von Kategorie 1 bleibt während der Laufzeit der Versicherung allerdings auch für einen vorübergehenden Aufenthalt im Herkunftsland von nicht mehr als vier aufeinanderfolgenden Wochen nach der Rückkehr in das Herkunftsland in dem Umfang in Kraft, in dem dieser vorübergehende Aufenthalt mit einem Familienbesuch, einem Urlaub oder einem Ereignis verbunden ist, für das Versicherungsschutz gemäß Kategorie 2 (Außerordentliche Kosten) gewährt wird. Das bedeutet, dass Ihre Versicherung bei einem Aufenthalt in Ihrem Herkunftsland keinen Versicherungsschutz für die sonstigen in diesen Allgemeinen Geschäftsbedingungen enthaltenen Kategorien (2 bis 7) gewährt.

- A.2.2.4 Die Versicherung kann von dem Versicherer darüber hinaus in den folgenden Fällen schriftlich gekündigt werden:
- a. falls der Versicherungsnehmer die am Datum der ersten Vertragsverlängerung fällige Prämie nicht rechtzeitig zahlt oder die Zahlung gänzlich verweigert oder falls der Versicherungsnehmer die folgende Prämie nicht rechtzeitig zahlt oder die Zahlung gänzlich verweigert; im letzten Fall allerdings nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer erfolglos aufgefordert hat, die auf das Verlängerungsdatum folgende Prämie zu zahlen. Die Versicherung endet an dem in dem Kündigungsschreiben angegebenen Datum oder im Fall einer verspäteten Zahlung frühestens 2 Monate nach dem Datum des Kündigungsschreibens;
 - b. innerhalb von zwei Monaten, nachdem festgestellt wurde, dass der Versicherungsnehmer bei Abschluss der Versicherung seiner Auskunftspflicht nicht nachgekommen ist, und dass der Versicherungsnehmer den Versicherer vorsätzlich getäuscht hat, oder dass der Versicherer die Versicherung nicht ausgestellt hätte, wenn ihm die tatsächlichen Umstände bekannt gewesen wären. Die Versicherung endet an dem in dem Kündigungsschreiben angegebenen Datum.
- A.2.2.5 Darüber hinaus kann die Versicherung in den folgenden Fällen auch schriftlich von dem Versicherungsnehmer gekündigt werden:
- a. innerhalb eines Monats nach Erhalt einer schriftlichen Benachrichtigung des Versicherers über eine Änderung der Prämie und/oder der Bedingungen zum Nachteil des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Partei(en). Die Versicherung endet an dem Tag, an dem die Änderung gemäß der schriftlichen Benachrichtigung in Kraft tritt (allerdings frühestens 30 Tage nach dem Datum dieser Benachrichtigung);
 - b. innerhalb von zwei Monaten, nachdem der Versicherer den Versicherungsnehmer wegen der Verletzung der Auskunftspflicht bei Abschluss der Versicherung abgemahnt hat. Die Versicherung endet an dem in dem Kündigungsschreiben angegebenen Datum oder falls ein solches Datum nicht angegeben wird, mit dem Datum dieses Kündigungsschreibens;
 - c. spätestens zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres nach einem vollen Versicherungsjahr, in dem keine Risiken vorgelegen haben, vorausgesetzt, die Kündigung erfolgt innerhalb eines Monats nach Ablauf dieses Versicherungsjahres.

Prämienrückerstattung nach Kündigung

- A.2.3.0 Falls der Versicherungsnehmer beschließt, den Vertrag vorzeitig zu kündigen, werden die nicht verdienten Prämien nach Abzug der Kosten in Höhe von 25 % zurückerstattet, sofern die Zahlung 25,00 EUR nicht unterschreitet.
- A.2.3.1 Im Falle einer vorzeitigen Kündigung durch den Versicherer oder – nach einer Änderung die Prämie und/oder der Bedingungen zum Nachteil des Versicherungsnehmers – durch den Versicherungsnehmer werden die nicht verdienten Prämien vollständig zurückerstattet.
- A.2.3.2 Im Falle einer vorzeitigen Kündigung infolge einer vorsätzlichen Täuschung des Versicherers werden keine Prämien zurückerstattet.

A.3 RÄUMLICHER ANWENDUNGSBEREICH DER VERSICHERUNG

- A.3.1 Die Versicherung ist weltweit in Kraft.

A.4 DOPPELVERSICHERUNG

A.4.1.0 Die Versicherung ist nicht in Kraft, sofern eine Versicherung, die bei einem anderen Versicherer abgeschlossen wurde, Schutz für erlittene Schäden bietet oder geboten hätte, wenn die diesen Allgemeinen Geschäftsbedingungen unterliegende Versicherung nicht bestanden hätte. Falls bei einem anderen Versicherer Versicherungen abgeschlossen wurden, findet die diesen Allgemeinen Geschäftsbedingungen unterliegende Versicherung auf alle Abweichungen von den Versicherungsbedingungen bzw. Versicherungssummen Anwendung, die im Rahmen der bei einem anderen Versicherer abgeschlossenen Versicherungen gelten.

A.4.1.1 Darüber hinaus ist der Versicherungsschutz im Rahmen der diesen Allgemeinen Geschäftsbedingungen unterliegenden Versicherung ausschließlich in Bezug auf die versicherten Kosten medizinischer Behandlungen ausgeschlossen, sofern der Versicherte im Rahmen der medizinischen Behandlung Anspruch auf medizinische Versorgung durch eine Einrichtung hat, deren Zweck die Erstattung der Kosten der medizinischen Behandlung ihrer Mitglieder oder der ihr nahestehenden Personen ist.

A.4.1.2 Der Inhalt von Absatz A.4.1.0 findet keine Anwendung auf Kapitel 4, Unfälle.

A.5 SOS INTERNATIONAL

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Kosten für die Organisation des in diesem Abschnitt beschriebenen Transports eines kranken, verletzten oder verstorbenen Versicherten.

A.5.1.0 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die SOS International entstandenen Kosten für die Organisation des Transports eines kranken, verletzten oder verstorbenen Versicherten zu einem Krankenhaus oder zu seinem Wohnort im Herkunftsland sowie die Kosten für die ärztliche Kontrolle oder die vorgeschriebene Begleitung beim Transport.

A.5.1.1 Der Versicherungsschutz für die Transportkosten selbst wird in den nachfolgenden Kapiteln 1 und 2 dieser Allgemeinen Geschäftsbedingungen geregelt.

Kosten für die Beförderung von Medikamenten

A.5.2.0 Der Versicherungsschutz erstreckt sich außerdem auf die SOS International entstandenen Kosten für die Beförderung von rezeptpflichtigen Medikamenten, Hilfsmitteln und Geräten zum Versicherten, die dringend benötigt werden und für die vor Ort keine brauchbaren Alternativen zur Verfügung stehen. Die Kosten für einen Kauf, sofern diese nicht unter den Versicherungsschutz nach Kapitel 1 (Kosten für medizinische und zahnmedizinische Behandlung) fallen, sowie mögliche Kosten für den Rücktransport gehen zu Lasten des Versicherten, auch wenn die beförderten Gegenstände nicht abgeholt werden. Eine Stornierung von Aufträgen ist nicht möglich.

A.5.2.1 Falls der Versicherte die Hilfe von SOS International in Anspruch nehmen muss, ist er verpflichtet, sich unter Angabe der Versicherungsdaten mit dieser Organisation unverzüglich telefonisch oder per Fax in Verbindung zu setzen. SOS International wird ihre Dienste innerhalb einer angemessenen Frist und in angemessener Absprache mit dem Versicherten erbringen, allerdings steht es der Organisation frei, die Parteien auszuwählen, die sie zur Unterstützung ihrer Dienstleistungen heranzieht. Falls Verträge zwischen der Organisation und Dritten geschlossen werden müssen, deren Kosten nicht von dieser Versicherung getragen werden, ist SOS International berechtigt, die erforderlichen Finanzsicherheiten in einer von SOS International festzulegenden Form und Höhe vom Versicherten zu fordern.

A.6 ALLGEMEINE PFLICHTEN DES VERSICHERTEN

A.6.1 Sobald der Versicherte oder die betreffende Partei von einem Ereignis, das zu einer Zahlungsverpflichtung des Versicherers führt, Kenntnis erlangt oder erlangt haben sollte, ist die betreffende Partei verpflichtet,

- a. alles in ihrer Macht stehende zu unternehmen, um den Schaden zu reduzieren oder zu beschränken;
- b. falls erforderlich, dem Versicherer schriftlich den Anspruch auf Schadenersatz gegenüber Dritten bis zur Höhe der von dem Versicherer erhaltenen Versicherungsleistung zu übertragen und diesem außerdem auf berechnete Anforderung des Versicherers hin jegliche Kooperation zuzusagen und alle gewünschten Daten zu übermitteln. Der Versicherer ist befugt, den oder die Geschädigten direkt zu entschädigen und Vergleiche mit ihm/ihnen zu schließen. Die von dem Versicherer getroffenen Entscheidungen sind für den Versicherten verbindlich;
- c. ihre volle Kooperation zum Erreichen einer Einigung über die Schäden zuzusagen und alles einzustellen oder zu unterlassen, was den Interessen des Versicherers schaden könnte. Der Versicherte ist verpflichtet, von der Anerkennung einer Haftung abzusehen;
- d. sobald wie möglich dem Versicherer alle Informationen und Belege zur Verfügung zu stellen und alle Dokumente, wie z. B. Haftungsanzeigen, Vorladungen usw., sofort und unbeantwortet zu übermitteln;
- e. dem Versicherer die Aushandlung aller Schadenersatzvereinbarungen und die Führung aller Gerichtsverhandlungen zu überlassen und ihm in diesen Fällen und auch im Fall der Beitreibung die angeforderte Kooperation zuzusagen;
- f. im Falle eines strafrechtlichen Verfahrens gegen diese Partei, sich auf Wunsch des Versicherers von einem von dem Versicherer zu bestellenden Rechtsanwalt vertreten zu lassen und diesem die angeforderte Kooperation zuzusagen, wobei dieser nicht verpflichtet ist, Berufung einzulegen oder seine Befugnis dazu aufzugeben;
- g. sofern in den einzelnen Kapiteln nichts anderes angegeben ist, sobald wie möglich nach Eintritt eines Versicherungsfalles, aber spätestens innerhalb von 3 Monaten danach, diesen Fall dem Versicherer unter Beifügung einer möglichst vollständigen Beschreibung des Versicherungsfalles und des daraus folgenden Schadens zu melden;
- h. sobald wie möglich dem Versicherer das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Schadenanzeigeformular zu übermitteln, nachdem dieses von dem Versicherer zur Verfügung gestellt wurde;
- i. alle von dem Versicherer oder SOS International gestellten Fragen so schnell wie möglich und wahrheitsgemäß zu beantworten;
- j. die Umstände zu beweisen, die zu einem an den Versicherer gestellten Antrag auf Leistung von Schadenersatz oder einer Zahlung geführt haben;
- k. falls erforderlich, eine von der betreffenden Partei unterschriebene schriftliche Stellungnahme zur Ursache, den Fakten und dem Umfang des erlittenen Schadens einzureichen;
- l. falls der Versicherer dies als erforderlich erachtet, sich auf Kosten des Versicherers von einem von dem Versicherer zu benennenden Arzt oder Mediziner an dem Ort untersuchen zu lassen, an dem dieser Arzt oder Mediziner die Untersuchung durchführen will, und dem Arzt oder Mediziner alle gewünschten Informationen zukommen zu lassen. Alle Rezepte und Anweisungen, sofern sie nicht im Widerspruch zu den Rezepten und Anweisungen des behandelnden Arztes stehen, die dem Arzt oder Mediziner oder dem Versicherer zufolge zur Förderung der Erholung oder Heilung einzuhalten sind, sind strikt zu befolgen und einzuhalten. Der Versicherer ist verpflichtet, eine Originalrechnung oder -quittung zu übersenden.

A.7 ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die nachfolgend beschriebenen Unfälle, Schäden, Forderungen, Verletzungen, Kosten oder Verluste:

Kriegsrisiken

A.7.1.0 wenn diese direkt oder indirekt im Zusammenhang mit bewaffneten Konflikten, Bürgerkriegen, Aufständen, inneren Unruhen, Ausschreitungen und Meuterei stehen, von diesen verursacht werden oder aus diesen entstehen.

A.7.1.1 Die genannten sechs Arten von Kriegsrisiken und ihre Definitionen sind Bestandteil des Textes, der am 2. November 1981 vom Verband der niederländischen Versicherer in der Geschäftsstelle des Bezirksgerichts in Den Haag hinterlegt wurde.

A.7.1.2 Besteht an dem Ort und zu dem Zeitpunkt, an dem sich der Unfall, der Schaden oder der Verlust ereignet, ein Kriegsrisiko, so ist der Versicherer nicht verpflichtet, Zahlungen zu leisten, es sei denn, die Partei, die Anspruch auf die Zahlung hat, weist nach, dass der Unfall, der Schaden oder der Verlust nicht in einem Zusammenhang mit diesem Kriegsrisiko steht.

Entführung, Streik usw.

A.7.2 wenn diese direkt oder indirekt im Zusammenhang mit der Beteiligung oder der wissentlichen oder vorsätzlichen Anwesenheit des Versicherten an bzw. bei einer Entführung, einem Streik, einem Aufstand oder einer terroristischen Handlung stehen oder durch diese verursacht werden;

Kernreaktionen

A.7.3 wenn diese durch Kernreaktionen verursacht werden, mit diesen in Verbindung stehen oder aus diesen entstehen, ungeachtet des Orts und der Ursache dieser Reaktionen

Alkohol, Drogenmissbrauch

A.7.4.0 wenn diese durch übermäßigen Alkoholkonsum des Versicherten oder den Gebrauch von Betäubungsmitteln, Aufputzmitteln oder ähnlichen Drogen, einschließlich weicher und harter Drogen, seitens des Versicherten verursacht oder begünstigt wurden, es sei denn, der Versicherer hat diesbezüglich den Versicherungsschutz im Voraus schriftlich zugesagt.

A.7.4.1 Die Bestimmungen in Absatz A.7.4.0 finden weder Anwendung auf die in Absatz 2.2.2 und 2.2.3 genannten Kosten im Zusammenhang mit Todesfällen, noch auf den in Absatz 6.2 genannten Versicherungsschutz.

Darüber hinaus besteht in folgenden Fällen kein Anspruch auf die Leistung einer Zahlung oder von Schadenersatz:

Erwartete Kosten

A.7.5 wenn bei Antritt der Reise Umstände bekannt waren oder vorlagen, aufgrund derer nach Vernunft und Billigkeit davon auszugehen war, dass Kosten anfallen würden;

Nichterfüllung der Pflichten

A.7.6 wenn der Versicherte oder die von der Zahlung betroffene Partei bei der Erfüllung seiner/ihrer Pflichten nachlässig ist und aus diesem Grund den Interessen des Versicherers geschadet hat;

Falschmeldung

A.7.7 wenn der Versicherte oder die von der Zahlung betroffene Partei eine Falschdarstellung oder eine Falschmeldung abgegeben hat;

Absichtliche falsche Auskunft

A.7.8 wenn der Versicherte oder die von der Zahlung betroffene Partei absichtlich eine falsche Auskunft gegeben hat;

A.8 VERJÄHRUNGSFRIST

Ein Zahlungsanspruch verjährt in jedem Fall, wenn der Schadensfall nicht innerhalb von drei Jahren, nachdem der Versicherte oder die von der Zahlung betroffene Partei Kenntnis von dem Ereignis, das zu einer Zahlungsverpflichtung für den Versicherer führen könnte, erhalten hat oder erhalten haben könnte, gemeldet wurde.

A.9 ANSPRUCHSVERWIRKUNG

Falls der Versicherer einen endgültigen Standpunkt im Hinblick auf den von einem Geschädigten gestellten Anspruch im Rahmen seiner Versicherung eingenommen hat, indem er den Anspruch entweder abgelehnt oder im Wege der vollständigen Schadensregulierung eine Zahlung angeboten oder geleistet hat, gilt nach 6 Monaten, gerechnet ab dem Tag, an dem der Geschädigte oder sein Stellvertreter Kenntnis von diesem Standpunkt erlangt hat oder hätte erlangt haben können, jeder Anspruch gegen den Versicherer in dem Schadensfall, auf dem der Anspruch beruht, als verwirkt, es sei denn, der Versicherte hat innerhalb dieses Zeitraums Einspruch gegen den Standpunkt des Versicherers erhoben.

A.10 PRÄMIENZAHLUNG

A.10.1 Der Versicherungsnehmer zahlt die Prämie, einschließlich der Kosten und Versicherungssteuern, im Voraus an dem Datum, an dem die Prämie fällig wird.

A.10.2.0 Falls der Versicherungsnehmer die erste Prämie nicht spätestens am 30. Tag nach der Zahlungsaufforderung zahlt oder die Zahlung gänzlich verweigert, sind Schadensfälle, die zu einem späteren Zeitpunkt eintreten, ohne weitere Mitteilung seitens des Versicherers nicht versichert.

A.10.2.1 Falls der Versicherungsnehmer sich weigert, die nachfolgende Prämie zu zahlen, sind Schadensfälle, die zu einem späteren Zeitpunkt eintreten, nicht versichert.

A.10.2.2. Falls der Versicherungsnehmer die nachfolgende Prämienzahlung nicht rechtzeitig leistet, eine schriftliche Zahlungsaufforderung des Versicherers an den Versicherungsnehmer ergangen ist und der Versicherungsnehmer die Zahlung 15 Tage nach dieser Aufforderung immer noch nicht geleistet hat, sind alle ab diesem Zeitpunkt eintretenden Schadensfälle nicht versichert.

A.10.3 Der Versicherungsnehmer ist nach wie vor verpflichtet, die Prämie zu zahlen.

A.10.4 Der Versicherungsschutz tritt wieder für Schadensfälle in Kraft, die ab dem Tag nach der vollständigen Zahlung der fälligen Prämie durch den Versicherungsnehmer an den Versicherer eintreten. Falls Ratenzahlungen vereinbart wurden, tritt der Versicherungsschutz erst in Kraft, wenn alle noch ausstehenden Raten bezahlt wurden.

A.10.5 Eine nachfolgende Prämie bezieht sich auch auf die vom Versicherungsnehmer zahlbare Prämie nach der automatischen Verlängerung des Versicherungsvertrags. Die erste Prämie bezieht sich auch auf die vom Versicherungsnehmer zahlbare Prämie im Hinblick auf eine zwischenzeitliche Änderung der Versicherung.

A.11 SONSTIGE BESTIMMUNGEN

Änderungen der Prämie und/oder der Bedingungen

- A.11.1 Falls der Versicherer Prämien und/oder Bedingungen gleicher Art „en bloc“ oder gruppenweise ändert, ist der Versicherer berechtigt, die Prämie und/oder die Bedingungen dieser Versicherung mit Wirkung ab einem von dem Versicherer anzugebenden Datum entsprechend zu ändern. Der Versicherungsnehmer wird von der beabsichtigten Änderung und dem Datum des Inkrafttretens dieser Änderung rechtzeitig schriftlich benachrichtigt und seine Zustimmung gilt als erteilt, falls nicht innerhalb von 30 Tagen nach diesem Datum eine gegenteilige Mitteilung eingeht. In diesem Fall endet die Versicherung an dem Datum, an dem die Änderung in Kraft tritt. Eine Möglichkeit zur Kündigung der Versicherung ist nicht gegeben, wenn die Änderung die Folge einer gesetzlichen Verordnung oder Bestimmung ist oder zu einer Prämienenkung und/oder Erweiterung des Versicherungsschutzes führt.

Registrierung persönlicher Daten

- A.11.2 Alle persönlichen Daten, die im Rahmen des Antrags auf Versicherungsschutz oder der Änderung dieser Versicherung zur Verfügung gestellt werden, werden von Meeùs Assurantiën BV zum Zwecke des Abschlusses und der Erfüllung der Versicherungsverträge und/oder finanziellen Dienstleistungen und der Verwaltung der sich daraus ergebenden Geschäftsbeziehungen sowie zur Betrugsunterbindung und -bekämpfung verarbeitet.

Es gilt der Verhaltenskodex „Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf“ (Verarbeitung persönlicher Daten im Versicherungswesen). Dieser Verhaltenskodex definiert die Rechte und Pflichten der Parteien im Hinblick auf die Verarbeitung persönlicher Daten. Der vollständige Wortlaut dieses Verhaltenskodex ist beim Informationszentrum des „Verbond van Verzekeraars“ (Verband der niederländischen Versicherer), PO Box 93450, 2509 AL Den Haag, Niederlande, erhältlich.
www.verzekeraars.nl.

Adresse

- A.11.3 Mitteilungen des Versicherers an den Versicherten erfolgen in gesetzlicher Weise durch Übersendung an die letzte, dem Versicherer bekannte Adresse des Versicherten oder an die Adresse der Partei, durch deren Vermittlung diese Versicherung abgeschlossen wurde.

Maßgeblichkeit der Bedingungen in niederländischer Sprache

- A.11.4 Falls die Bedingungen für diese Versicherung oder ein Auszug dieser Bedingungen in einer anderen als der niederländischen Sprache zur Verfügung gestellt werden, sind die Bedingungen in niederländischer Sprache maßgeblich.

Niederländisches Recht

- A.11.5 Dieser Vertrag unterliegt niederländischem Recht.

Beschwerden und Streitigkeiten

- A.11.6 Streitigkeiten und/oder Beschwerden, die sich aus diesem Versicherungsvertrag ergeben, können an folgende Adresse gerichtet werden:
- The board of directors of IPS [Geschäftsführung von IPS] / Meeùs Assurantiën BV, PO Box 93512, 2509 AM Den Haag, Niederlande

Zur externen Verweisung von Beschwerden und Streitigkeiten wenden Sie sich an:

- De Stichting Klachteninstituut Verzekering (die Stiftung Beschwerdeinstitut der Versicherungen), PO Box 93560, 2509 AN Den Haag, Niederlande
- De Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFid) [Beschwerdeinstitut Finanzdienstleistungen], PO Box 93527, 2509 AC Den Haag, Niederlande

- das zuständige Gericht in den Niederlanden nach Wahl des Versicherten oder der betreffenden Partei

Eingetragener Sitz

A.11.7 Der Anbieter dieser Versicherung ist die Europeesche Verzekering Maatschappij N.V., Hoogoorddreef 56, 1101 BE Amsterdam ZO.

Terrorismus und böswillige Kontamination

A.11.8 Seit dem 15. August 2003 findet das Klauselblatt Terrorismusdeckung Anwendung. Dieses Blatt befindet sich am Ende der Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE UND ZAHNMEDIZINISCHE BEHANDLUNGEN

Versicherungsschutz gemäß der Beschreibung in diesem Kapitel ist nicht gegeben, wenn aus der Anmerkung auf dem Versicherungszertifikat hervorgeht, dass IPS Basic gewählt wurde.

1.1 BEGRIFFSDEFINITION

Arzt oder Mediziner

1.1.1.1 Als Arzt oder Mediziner gilt die Person, die als solche von den zuständigen Behörden anerkannt wird.

1.1.1.2 Als Medikament ist ein Arzneimittel anzusehen, das ausschließlich auf Rezept erhältlich ist.

Medizinische Notwendigkeit

1.1.3 Medizinische Notwendigkeit wird definiert als: die Notwendigkeit von Pflege, Untersuchungen oder Behandlungen, die auf allgemein anerkannten medizinisch-wissenschaftlichen Überlegungen beruht.

Kosten der medizinischen Behandlung

1.1.4 Kosten der medizinischen Behandlung werden ausschließlich definiert als Kosten für:

- a. Arzthonorare;
- b. Aufenthalt im Krankenhaus und Operation;
- c. von einem Arzt / Mediziner verschriebene Behandlungen und Untersuchungen;
- d. von einem Arzt / Mediziner verschriebene, während der Laufzeit der Versicherung anzuwendende Medikamente. Bei längerer Anwendung ist die vorherige schriftliche Zustimmung des Versicherers einzuholen;
- e. medizinisch notwendiger Transport per Krankenwagen oder (Patienten-)Taxi zu dem und von dem Ort, an dem die medizinische Behandlung in dem Land erfolgt, in dem der Versicherte sich zu Beginn dieses Transports aufhielt. Eine Erstattung der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel, wie z. B. Zug, Straßenbahn oder Bus, ist ausgeschlossen;
- f. die erstmalige Notwendigkeit einer Prothese infolge eines Unfalls gemäß der Beschreibung in Absatz 4.1.

Kosten für zahnärztliche Behandlung

1.1.5.1 Kosten für zahnärztliche Behandlung werden ausschließlich definiert als Kosten für:

- a. Honorare von Zahnärzten oder Medizinern für zahnmedizinische Behandlungen
- b. von einem Zahnarzt oder Mediziner im Zusammenhang mit dieser Behandlung angefertigte oder angeordnete Röntgenbilder;
- c. von einem Zahnarzt verschriebene Medikamente;
- d. Ausbesserung oder Ersatz des Gebisses oder von künstlichen Gebissteilen.

1.2 UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Sofern aus dem Versicherungszertifikat hervorgeht, dass der Versicherungsschutz IPS Secondary ausgewählt wurde und die auf diesen Versicherungsschutz anwendbare Prämie errechnet wurde, ist diese Versicherung eine zusätzliche oder ergänzende Versicherung zu einer primären Pflichtversicherung für die Kosten und Leistungen medizinischer und zahnmedizinischer Behandlungen, die in den Niederlanden unter dem Namen „basiszorgverzekering“ (Grundversicherung) bekannt ist. Dementsprechend ist die Möglichkeit des Versicherten, Rechte aus der „basiszorgverzekering“ herzuleiten, eine Voraussetzung für den Bezug einer Leistung im Rahmen der Versicherung. Unter Berücksichtigung der in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Bestimmungen im

Zusammenhang mit dem Umfang des Versicherungsschutzes, Beschränkungen, Ausschlüssen und sonstigen Bestimmungen, bietet die Versicherung nur dann Versicherungsschutz für die Kosten medizinischer und zahnmedizinischer Behandlungen, falls und soweit kein Versicherungsschutz für diese Kosten im Rahmen der Bedingungen oder Leistungen der „basiszorgverzekering“ besteht und keine Entschädigung oder Leistung im Rahmen der „basiszorgverzekering“ infolge einer Selbstbeteiligung oder eines Erstattungshöchstsatzes erfolgt.

Auch Versicherten, die nicht verpflichtet sind, eine „basiszorgverzekering“ abzuschließen, kann diese Versicherung medizinischen Erstversicherungsschutz bieten. Dieser Erstversicherungsschutz gilt allerdings nur, soweit aus dem Versicherungszertifikat hervorgeht, dass der Versicherungsschutz IPS Primary ausgewählt wurde und die auf diesen anwendbare Prämie errechnet wurde. Der Versicherte ist jederzeit dafür verantwortlich zu entscheiden, ob er verpflichtet ist, eine „basiszorgverzekering“ abzuschließen.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die folgenden Kosten:

Medizinische Kosten

- 1.2.1.0 Die Kosten für medizinische Behandlungen aufgrund der medizinischen Notwendigkeit, die während der Laufzeit der Versicherung und an dem Ort entstehen, an dem die Versicherung in Kraft ist. Bei Aufnahme im Krankenhaus erfolgt die Erstattung bis zum 365. Tag nach dem dem Aufnahmetag folgenden Tag. Eine Erstattung erfolgt auf der Grundlage der niedrigsten Klasse.

Die Kosten für medizinische Behandlungen werden nur erstattet, wenn der Arzt oder das Krankenhaus als solche von den zuständigen Behörden anerkannt werden.

Aus medizinischer Sicht notwendige Entbindung im Krankenhaus

- 1.2.1.1 Kosten für aus medizinischer Sicht notwendige oder indizierte Behandlungen für Mutter und Kind im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Entbindungen, bestehend aus:
- a. Kosten für die gemeinsame Pflege von Mutter und Kind und damit verbundenen Kosten in der niedrigsten Klasse, falls und solange eine Behandlung im Krankenhaus notwendig ist;
 - b. Betreuung von Mutter und Kind durch ein von den Behörden anerkanntes Entbindungszentrum, einen Pfleger / eine Pflegerin der Klasse „A“ oder eine/n zertifizierte/n Wochenpfleger/in für einen Zeitraum von bis zu 8 Tagen ab dem Tag der Entbindung;
 - c. zusätzlichen in Rechnung gestellten Kosten;
 - d. Kosten der stationären/ambulanten Behandlung durch einen Facharzt;
 - e. Kosten für medizinisch notwendige Krankentransporte.

Darüber hinaus erstattet der Versicherer die Kosten für einen indizierten Abort, wenn diese aufgrund unmittelbarer medizinischer Notwendigkeit entstanden sind oder wenn sie im Zusammenhang mit Verletzungen des öffentlichen Anstands stehen, falls und sofern die Behandlung in einer von den Behörden anerkannten Einrichtung erfolgt ist.

Aus medizinischer Sicht nicht notwendige Entbindung im Krankenhaus, zu Hause oder in einem Entbindungsheim

- 1.2.1.2
- a. Kosten für die gemeinsame Pflege von Mutter und Kind und/oder die Betreuung von Mutter und Kind zu Hause durch ein von den Behörden anerkanntes Entbindungszentrum, einen Pfleger / eine Pflegerin der Klasse „A“ oder eine/n zertifizierte/n Wochenpfleger/in für einen Zeitraum von bis zu 8 Tagen ab dem Tag der Entbindung. Die Kosten für die Betreuung von Mutter und Kind werden bis zu einem Höchstsatz von 135 EUR pro Tag erstattet.
 - b. Kosten für die Geburtshilfe durch einen Facharzt, Allgemeinmediziner oder Geburtshelfer.

c. Kosten für die Nutzung ambulanter Einrichtungen.
Die in Absatz 1.2.1.2 genannten Kosten werden bis zu einem Höchstsatz von insgesamt 2.000 EUR erstattet.

Kinder

- 1.2.1.3 Die folgenden Bestimmungen finden auf während der Laufzeit dieser Versicherung geborene Kinder Anwendung, falls diese innerhalb eines Monats nach der Geburt beim Versicherungsmakler angemeldet werden:
- a. Diese Versicherung bietet ab der Geburt des Kindes Versicherungsschutz, unabhängig von angeborenen Krankheiten oder Fehlern;
 - b. Falls diese Kinder im Alter von unter 3 Monaten im Krankenhaus aufgenommen werden, um von der Mutter gestillt werden zu können, werden die damit verbundenen Kosten gemäß dem auf gesunde Säuglinge anwendbaren Satz solange erstattet, wie der Versicherer verpflichtet ist, die Kosten für die Pflege der Mutter zu übernehmen.

Kosten für zahnmedizinische Behandlungen

- 1.2.2.0 Kosten für zahnmedizinische Behandlungen aufgrund einer akuten medizinischen Notwendigkeit, die während der Laufzeit der Versicherung und an dem Ort entstehen, an dem die Versicherung in Kraft ist, bis zu einem Höchstsatz von 400 EUR pro Versicherungsjahr (einschließlich möglicher Verlängerungen). Kosten für zahnmedizinische Behandlungen in Höhe von 1.100 EUR im Falle eines Unfalls. Versicherungsschutz für regelmäßige Kontrollen, regelmäßige Behandlungen und Kieferorthopädie ist im Rahmen dieser Versicherung ausgeschlossen. Kosten für zahnmedizinische Behandlungen, die infolge eines Unfalls erforderlich geworden sind, der sich während der Laufzeit der Versicherung und an dem Ort ereignet hat, an dem die Versicherung in Kraft ist, sind bis längstens zum 365. Tag nach dem Unfalltag versichert. Kieferchirurgie, einschließlich der Entfernung von Weisheitszähnen, wird als zahnmedizinische Behandlung gemäß dem Wortlaut dieses Vertrags betrachtet.

- 1.2.2.1 Eine Erstattung der Kosten für zahnmedizinische Behandlungen erfolgt nur, wenn der Zahnarzt oder Mediziner von den zuständigen Behörden als solcher anerkannt wird.

Physiotherapie, Übungstherapien nach Mensendieck und Cesar

- 1.2.3.0 Hierunter sind von einem Arzt oder Facharzt verschriebene Behandlungen zu verstehen, die von einem von den Behörden anerkannten Physio-, Mensendieck- oder Cesar-Therapeuten durchgeführt werden.
- 1.2.3.1 Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten, Übungstherapie nach Cesar oder Übungstherapie nach Mensendieck sind Behandlungen, die von einem Physiotherapeuten durchgeführt werden. Erstattet werden die Kosten für maximal 12 Therapiesitzungen pro Indikation und ein Betrag von maximal 27,50 EUR pro Sitzung. Sollten weitere Therapiesitzungen erforderlich sein, ist vorab die Zustimmung des Versicherers auf der Grundlage eines Fortschrittsberichts des Arztes einzuholen.

Folgende Behandlungen gelten nicht als Physiotherapie:

- Sprachtherapie
- Ergotherapie und Beschäftigungstherapie
- Schwangerschaftsgymnastik
- Sportmassagen

- 1.2.3.2 Erstattung für weitere Behandlungen erfolgt nur nach vorheriger Einholung der Zustimmung des Versicherers.

- 1.2.3.3 Folgende Behandlungen gelten nicht als physiotherapeutische Behandlungen:
- Sprachtherapieunterricht

- Ergotherapie, Übungstherapie und Beschäftigungstherapie
- Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik
- Sportmassagen

1.2.3.4 Die Übernahme der Kosten für orthomaneuelle Therapie, Podotherapie, chiropraktische Behandlungen, Camouflagetherapie, elektrische Epilation, Behandlung von Akne, Balneophototherapie und sonstige Präventivuntersuchungen oder -kontrollen und -behandlungen und/oder alternative Behandlungsformen und Kontrolluntersuchungen ist im Rahmen dieser Versicherung ausgeschlossen.

1.2.3.5 Kosten im Zusammenhang mit der Anmietung oder dem Kauf von Apparaten oder Geräten werden nicht erstattet.

Psychotherapie pro Konsultation 80 EUR

1.2.4.0 Hierunter ist eine von einem Arzt oder Facharzt verschriebene Behandlung zu verstehen, die von einem Psychiater oder Psychologen durchgeführt wird.

1.2.4.0.a Die Übernahme der Kosten für Beziehungstherapie ist im Rahmen dieser Versicherung ausgeschlossen.

1.2.4.1 Erstattet werden maximal 9 Behandlungen in einem Zeitraum von 12 Monaten nach Vorlage einer Überweisung durch einen Allgemeinmediziner oder Facharzt.

1.2.4.2 Eine Übernahme der Kosten für weitere Behandlungen erfolgt nur nach vorheriger Einholung der Zustimmung des Versicherers.

Akupunktur

1.2.5.0 Hierunter ist eine Behandlung zu verstehen, die von einem von den zuständigen Behörden anerkannten Akupunkteur durchgeführt wird.

1.2.5.1 Erstattet werden maximal 12 Behandlungen pro Jahr und ein Betrag von maximal 27,50 EUR pro Behandlung.

1.2.5.2 Eine Übernahme der Kosten für weitere Behandlungen erfolgt nur nach vorheriger Einholung der Zustimmung des Versicherers.

1.3 WEITERE AUSSCHLÜSSE

Neben den in Absatz A.7 genannten allgemeinen Ausschlüssen ist die Übernahme der folgenden Kosten im Rahmen dieser Versicherung ausgeschlossen:

1.3.1a Kosten, die im Herkunftsland entstanden sind

1.3.1b Kosten im Zusammenhang mit Krankheiten, Schwangerschaften und/oder Störungen, die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung bestanden oder Beschwerden verursacht haben.

1.3.2 Kosten für die Folgen von Unfällen, deren Übernahme nach Absatz 4.1.1.2 und 4.1.1.3 sowie 4.3 im Rahmen der Versicherung ausgeschlossen ist.

1.3.3 Kosten, die aufgrund von medizinischen Behandlungen oder ärztlichen Untersuchungen entstanden sind, falls und soweit eine Aufschiebung dieser Behandlungen und/oder Untersuchungen auf einen Zeitpunkt nach der Rückkehr des Versicherten in sein Herkunftsland medizinisch gerechtfertigt wäre.

1.3.4 Kosten für Verwaltungsgebühren: Arzt, Zahnarzt usw.

- 1.3.5 Kosten für HIV- und Aids-Labortests.
 - 1.3.6 Kosten für Kontrazeptiva.
 - 1.3.7 Kosten für Blutuntersuchungen im Krankenhaus im Zusammenhang mit Heuschnupfen.
 - 1.3.8 Kosten für frei verkäufliche Arzneimittel.
 - 1.3.9 Kosten für die Konsultierung von Privatpraxen, -kliniken oder -ärzten, es sei denn, der Versicherte hat die vorherige Genehmigung des Versicherers eingeholt.
 - 1.3.9a Kosten für Gentests / -untersuchungen und/oder Kosten im Zusammenhang mit Fertilitätsproblemen.
- 1.4 BESONDERE PFLICHT IM FALL EINES KRANKENHAUSAUFENTHALTS**
- 1.4 Im Fall eines Krankenhausaufenthalts hat sich der Versicherte im Voraus telefonisch mit SOS International in Verbindung zu setzen oder, falls dies nicht möglich ist, innerhalb einer Woche nach der Aufnahme im Krankenhaus, so dass in Absprache mit dem Versicherten oder seinem Vertreter, dem behandelnden Arzt und eventuell auch dem Hausarzt die Maßnahmen ergriffen werden können, die den Interessen des betreffenden Versicherten am besten entsprechen.

AUSSERORDENTLICHE KOSTEN

2.1 BEGRIFFSDEFINITION

Außerordentliche Kosten

- 2.1 Als außerordentliche Kosten gelten Kosten, die im Sinne von Absatz 2.2 notwendigerweise und berechtigterweise als Ergebnis eines unvorhergesehenen Ereignisses während der Laufzeit der Versicherung entstehen.

2.2 UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die folgenden Kosten:

Kosten für die Suche, Rettung und Bergung/Rückführung

- 2.2.1 Die Kosten für Such-, Rettungs-, Bergungs- / Rückführungsmaßnahmen, die unter der Führung einer zuständigen Behörde durchgeführt werden; und der Rücktransport des Versicherten in die Zivilisation.

Kosten im Zusammenhang mit einem Todesfall

- 2.2.2 Im Fall des Todes eines Versicherten:

- a. die in Absprache mit SOS International entstandenen Kosten im Zusammenhang mit der Überführung der Leiche zum ursprünglichen Wohnsitz, einschließlich der Kosten des für den Transport benötigten Sargs;

oder

- b. die Kosten einer Beerdigung bzw. Einäscherung vor Ort, sowie die Kosten für die An- und Rückreise aus bzw. zu dem Herkunftsland des Verstorbenen, einschließlich der Unterbringungskosten von Familienmitgliedern ersten und zweiten Grades des Verstorbenen und/oder der Personen, die mit dem Verstorbenen in einer Lebens- und Familiengemeinschaft zusammenlebten, für einen Zeitraum von längstens 3 Tagen und bis zu der Höhe, die erstattet worden wäre, wenn die Leiche in das Herkunftsland des Versicherten überführt worden wäre.

Kosten infolge von Krankheit oder Unfall

- 2.2.3 Reisekosten von bis zu maximal 7.000 EUR, die mit Genehmigung von SOS International für eine erforderliche Rückreise entstanden sind, sowie Kosten für die Unterbringung von höchstens zwei Familienmitgliedern ersten oder zweiten Grades und/oder von Personen, mit denen der Versicherte in einer Lebens- und Familiengemeinschaft zusammenlebt, zum Zwecke der Betreuung und zur Unterstützung eines Versicherten, der ernsthaft krank ist oder dessen Leben in Gefahr ist.

Kosten von Sondertransporten

- 2.2.4 Nur im Fall einer Primary-IPS-Versicherung erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die folgenden Kosten:

Kosten, die mit Genehmigung von SOS International für einen medizinisch notwendigen Transport entstanden sind, einschließlich der Betreuung eines kranken oder verletzten Versicherten durch einen Arzt oder Krankenpfleger.

Kosten für die Rückkehr aufgrund eines Todesfalls

- 2.2.5 Falls der Versicherte von der Reise zurückkehren muss, weil ein Familienmitglied ersten oder zweiten Grades, das sich nicht mit dem Versicherten gemeinsam auf der Reise befindet, verstorben ist oder sich in Lebensgefahr befindet, die zusätzlichen Reise- und Unterbringungskosten, die dem betreffenden Versicherten an dem Ort entstehen, an den er zurückgerufen wurde, allerdings höchstens bis zur Höhe der Reise- und Unterbringungskosten, die zum Erreichen des Wohnsitzes entstehen. Darüber hinaus sind

die zusätzlichen Reise- und Unterbringungskosten für die Rückreise an das ursprüngliche Reiseziel versichert, sofern sie während der Laufzeit der Versicherung entstehen.

- 2.2.6 *Kosten für Telekommunikationsmittel*
 Besteht Anspruch auf Schadenersatz, auf Leistung von Zahlungen oder auf die Bereitstellung von Betreuungsmöglichkeiten, erstreckt sich der Versicherungsschutz in dem Maße auf die notwendigen Kosten für Telekommunikationsmittel, in dem diese durch die Kontaktaufnahme mit SOS International entstanden sind.
 Kosten für Telekommunikationsmittel zur Kontaktaufnahme mit anderen Personen oder Stellen werden bis zu einem Höchstbetrag von 150 EUR erstattet.

2.3 **SCHADENSFALL**

Außerordentliche Beförderungen

- 2.3.1 Für Beförderungen, die nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgen, muss falls möglich, im Voraus die Genehmigung von SOS International eingeholt werden.

Abzug aufgrund von Kosteneinsparungen

- 2.3.2 Die Erstattung entstandener Kosten erfolgt nach Abzug von Einsparungen, Rück-erstattungen usw.; Unterbringungskosten unterliegen einem pauschalen Abzug von 10 % aufgrund der Einsparung normaler Lebenshaltungskosten.

2.4 **WEITERE AUSSCHLÜSSE**

Abgesehen von den in Absatz A.7 genannten allgemeinen Ausschlüssen ist die Übernahme der folgenden Kosten im Rahmen dieser Versicherung ausgeschlossen:

- a. Kosten im Sinne von Absatz 2.2.3, die aufgrund der Folgen eines Unfalls eines Versicherten entstanden sind, die einem Ausschluss im Sinne von Absatz 4.3 unterliegen;
- b. Kosten im Sinne der Absätze 2.2.2, 2.2.3 und 2.2.5, falls die Reise vollständig oder teilweise zu dem Zweck unternommen wurde, sich einer medizinischen oder paramedizinischen Behandlung zu unterziehen, sofern nicht nachgewiesen werden kann, dass diese Kosten in keinem Zusammenhang mit der Krankheit oder Erkrankung stehen, für die die Reise vollständig oder teilweise unternommen wurde;
- c. Kosten im Sinne der Absätze 2.2.2, 2.2.3 und 2.2.5, falls die Versicherung abgeschlossen wurde oder in Kraft getreten ist, als sich der Versicherte bereits in medizinischer oder paramedizinischer Behandlung befand, sofern nicht nachgewiesen werden kann, dass diese Kosten in keinem Zusammenhang mit der Krankheit oder Erkrankung stehen, für die die Reise vollständig oder teilweise unternommen wurde;
- d. Kosten im Sinne von Absatz 2.2.4, falls die dort genannten Kosten unter den Oberbegriff "Kosten für medizinische Behandlungen" im Sinne der Absätze 1.1.4 und 1.1.5 fallen.

BEISTAND AUF REISEN UND RECHTSHILFE AUSSERHALB DER NIEDERLANDE

3.1 Beistand auf Reisen außerhalb der Niederlande

Im Falle unerwarteter und schwerwiegender Schwierigkeiten im Ausland infolge des Verlustes oder Diebstahls von Reiseunterlagen (siehe Absatz 6.1.2.0) ist SOS International dem Versicherten mit Rat und Tat in den Botschaften, Konsulaten und anderen offiziellen Stellen behilflich.

Falls erforderlich und möglich, fungiert SOS International als Dolmetscher. Falls nötig, organisiert SOS International für den Versicherten den Ersatz des Reisetickets. Die Kosten für dieses Ticket hat ggf. der Versicherte zu tragen. Eine Erstattung dieser Kosten kann jedoch von dem Versicherer unter Befolgung der Bestimmungen in Kapitel 6 gefordert werden.

3.2 Rechtshilfe im Ausland

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der DAS in der jeweils aktuellen Fassung, die auf Anfrage erhältlich sind, finden auf dieses Kapitel ebenfalls Anwendung.

BEGRIFFSDEFINITION

Kosten

3.2.1 Notwendige Kosten für Rechtshilfe oder Kosten, die DAS entstanden sind, in dem Maße, in dem sie nicht von einem Dritten wiedererlangt werden können, d. h.

- a. Kosten im Zusammenhang mit Untersuchungen und Behandlungen;
- b. Kosten im Zusammenhang mit der Hinzuziehung von Anwälten, Gerichtsvollziehern, Zeugen und Sachverständigen. In den Vereinigten Staaten und Kanada wird dem Versicherer das Anwaltshonorar nicht in Rechnung gestellt, wenn mit dem Anwalt für den entsprechenden Fall vereinbart wurde, dass die Bezahlung nur im Erfolgsfall erfolgt. In diesem Fall ist das Honorar im Schadenersatz enthalten;
- c. Kosten für die Unterbringung des Versicherten in Absprache mit DAS und Reisekosten gemäß den Fahrpreisen der öffentlichen Verkehrsmittel (Zug, zweiter Klasse);

3.2.2 Räumlicher Anwendungsbereich der Versicherung

Kosten für Rechtshilfe während eines Aufenthalts im Ausland sind versichert in:

- a. Europa und den am Mittelmeer gelegenen Ländern (einschließlich der Kanarischen Inseln) mit Ausnahme von Libyen, Albanien, Grönland, Libanon und Syrien, zum Selbstkostenpreis
- b. den Vereinigten Staaten, Kanada, Australien, Neuseeland, Indonesien, Südafrika und Thailand;

Im Hinblick auf alle anderen Länder erstattet der Versicherer vor der Rückkehr des Versicherten zu seinem festen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort die in Absprache mit dem Versicherer entstandenen Kosten für die Beratung oder Schlichtung durch einen Anwalt vor Ort bis zu einer Höhe von maximal 6.000 EUR.

3.3 UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

3.3.1 Der Versicherte hat Anspruch auf die Leistung von Rechtshilfe und die Erstattung der Kosten, in dem Maße, in dem:

- a. die Rechte oder Interessen des Versicherten als Privatperson direkt streitig sind, mit Ausnahme von Schäden, die infolge des Besitzes, der Haltung oder der Nutzung eines Verkehrsmittels erlitten werden;
- b. die Kosten den Betrag von 5.000 EUR pro gemeldetem Fall nicht übersteigen;
- c. sich der gemeldet Fall auf Folgendes bezieht:

- die Wiedergutmachung eines materiellen oder immateriellen Schadens, den der Versicherte infolge einer körperlichen Verletzung erlitten hat, für die ein Dritter aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen haftbar ist;
- die rechtliche Verteidigung des Versicherten, falls der Versicherte als Privatperson im Rahmen seiner Haftbarkeit nach dem Zivilrecht gemäß der Rechtsprechung des Landes, in dem er sich jeweils aufhält, wegen eines Schaden, der Dritten entstanden ist, oder infolge des unabsichtlichen Verstoßes gegen lokale Gesetze verklagt wird.

Vorauszahlungen

3.3.2 Gegen eine angemessene Garantie leistet der Versicherer Vorauszahlungen bis zu einer Höhe von maximal 7.000 EUR für:

- a. die Zahlung von Prozess- und Vollstreckungskosten, die von dem Versicherten und der anderen Partei zu zahlen sind, mit Ausnahme von Kautionen, soweit in einem rechtskräftigen und endgültigen Gerichtsurteil beschlossen wurde, dass diese Kosten vom Versicherten zu tragen sind;
- b. die Entlassung des Versicherten, falls er nach einem Verkehrsunfall in Untersuchungshaft genommen wurde.

Eine solche Vorauszahlung oder eine Kaution wird als Darlehen des Versicherers an den Versicherten angesehen, der dieses Darlehen vollständig zurückzahlen hat, sobald ihm die Kaution zurückgezahlt worden ist, falls die Entscheidung ergeht, die Anklage fallen zu lassen oder ihn freizusprechen oder ansonsten innerhalb von 15 Tagen nach dem Tag, an dem das zuständige Gericht das Urteil gefällt hat.

Die Rückzahlung an den Versicherer erfolgt auf keinen Fall später als 60 Tage nach Leistung der Vorauszahlung oder Hinterlegung der Kaution.

3.4 WEITERE AUSSCHLÜSSE

Sofern nicht ausdrücklich etwas anders vereinbart wurde ist neben den in Absatz A.7 genannten allgemeinen Ausschlüssen die Übernahme der Kosten von Rechtshilfe für den Versicherten ausgeschlossen:

- a. falls er am Datum des Inkrafttretens der Versicherung die Notwendigkeit von Rechtshilfe berechtigterweise hätte voraussehen können;
- b. falls der Betrag nicht mehr als 250 EUR beträgt;
- c. im Falle von Eventualvorsatz, grober Fahrlässigkeit oder Unterlassung durch den Versicherten.

3.5 VERFAHREN

3.5.1 Falls der Versicherte Rechtshilfe in Anspruch nehmen möchte, hat er sich mit DAS, Karspeldreef 15, 1102 BB Amsterdam, Niederlande, Telefon 0031 20 6 517 517 in Verbindung zu setzen.

3.5.2 Wird für den jeweiligen Fall Versicherungsschutz gewährt, so überträgt der Versicherer die weitere Bearbeitung an die Organisation, die die Rechtshilfe im Namen von "DAS" erteilt.

3.5.3 Falls die Hinzuziehung eines Anwalts für die Bearbeitung des Falls erforderlich ist, obliegt die Wahl des Anwalts und/oder des Sachverständigen DAS.

3.5.4 Die Kosten gehen zu Lasten des Versicherten:

- falls sie ohne vorherige Absprache mit DAS entstanden sind;
- falls sie im Zusammenhang mit der Hinzuziehung eines Anwalts oder Sachverständigen stehen, die ohne vorherige Absprache mit DAS erfolgt ist;
- in dem Maße, in dem die Kosten die Folge von Unterlassungen oder Fehlern seitens des Versicherten im Hinblick auf die Verfolgung des Falls sind.

- 3.5.5. Ab dem Zeitpunkt, an dem DAS den Versicherten darüber informiert, dass eine weitere Verfolgung des Falls keine berechnigte Aussicht auf Erfolg hat, kann der Versicherte keine weitere Erstattung im Rahmen dieser Versicherung fordern, mit Ausnahme der Bestimmungen hinsichtlich der Beilegung von Streitigkeiten auf dem Vergleichswege.

3.6 **BESTIMMUNGEN HINSICHTLICH DER BEILEGUNG VON STREITIGKEITEN AUF DEM VERGLEICHSWEGE, FALLS VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR RECHTSHILFEKOSTEN GEWÄHRT WIRD**

- 3.6.1 Im Falle einer Meinungsverschiedenheit zwischen dem Versicherten und DAS im Hinblick auf das erwartete Ergebnis oder die Art und Weise der Prozessführung, hat der Versicherte nach Rücksprache mit DAS und auf Kosten des Versicherers die Möglichkeit, den Fall einem Anwalt seiner Wahl vorzulegen, der auf die betreffende Fachrichtung spezialisiert ist; dies hat sobald wie möglich zu erfolgen, jedoch spätestens innerhalb eines Monats, nachdem DAS den Versicherten über die Meinung bezüglich oder Art und Weise der Prozessführung durch DAS informiert hat und er entsprechend Einspruch erhoben hat.

Falls dieser Anwalt den Standpunkt von DAS teilt, kann der Versicherte das Verfahren nur auf eigene Kosten fortsetzen. Sollte das Ergebnis zeigen, dass der Versicherte vollständig oder teilweise im Recht war, werden ihm die Kosten schließlich bis zur maximalen Höhe der Versicherungssumme zurückerstattet. Falls der Prozess bereits von einem Anwalt geführt wird und der Versicherte das Vertrauen zu diesem verliert, hat der Versicherte die Möglichkeit, den Fall auf Kosten des Versicherers einem anderen Anwalt zu übertragen, falls DAS den Standpunkt des Versicherten fairerweise teilen kann.

UNFÄLLE

4.1 BEGRIFFSDEFINITION

Unfall

- 4.1.1.0 Eine Form von Gewalt oder Krafteinwirkung, die während der Laufzeit der Versicherung plötzlich aufgrund von externen Umständen auftritt, die außerhalb der Kontrolle des Versicherten liegen und direkte körperliche Auswirkungen auf ihn haben, und die die direkte und ausschließliche Ursache seines Todes oder seiner körperlichen und/oder geistigen Behinderung sind, sofern die Art der Verletzung medizinisch festgestellt werden kann.
- 4.1.1.1 Folgendes ist ebenfalls als Unfall zu erachten:
- a. ein Blitzschlag oder sonstige elektrische Entladungen;
 - b. Erfrieren, Ertrinken und Sonnenstich;
 - c. Totschlag, Mord oder versuchter Totschlag oder Mord;
 - d. akute Vergiftung oder akutes Erstickten aufgrund der ungewollten Einatmung von Gasen oder Dämpfen oder Aufnahme von flüssigen oder festen Substanzen; allerdings mit Ausnahme von Vergiftungen durch die Anwendung von Aufputzmitteln im weitesten Sinne des Wortes;
 - e. Erschöpfung, Verhungern, Dehydrierung und Sonnenbrand infolge einer unvorhergesehenen Isolation;
 - f. Infektion aufgrund des Eindringens pathogener Organismen infolge eines unabsichtlichen Sturzes ins Wasser oder in eine andere Substanz;
 - g. Infektion einer Wunde und Blutvergiftung aufgrund des Eindringens pathogener Organismen bei einer Verletzung, die durch einen Unfall verursacht wurde;
 - h. Zerrungen, Dislokationen, Rupturen und Risse in Muskeln oder Sehnen, durch die unmittelbar innere Verletzungen entstehen, und deren Art und Position medizinisch feststellbar sind;
 - i. Unerwünschtes Eindringen von Substanzen oder Gegenständen von außerhalb des Körpers in den Verdauungstrakt, die Atemwege, die Augen oder die Hörorgane, die Verletzungen verursachen;
 - j. Komplikationen und Zustandsverschlechterungen, die durch die Leistung von Erster Hilfe am Versicherten oder durch die ärztlich Behandlung des Versicherten entstehen, allerdings nur, wenn diese Behandlungen infolge eines Unfalls notwendig wurden.

Nicht als Unfall erachtet werden:

- 4.1.1.2 Die Aufnahme pathogener Organismen durch einen Insektenbiss oder -stich, die z. B. zu Malaria, Fleckfieber, Pest oder der Schlafkrankheit führt;
- 4.1.1.3 jede Form von Hernien, die sich der Versicherte zuzieht und die sich in irgendeiner Weise äußern.

4.2 VERSICHERUNGSSUMME

- 4.2 Im Todesfall beträgt die Versicherungssumme 10.000 EUR. Für Unfälle, bei denen der Versicherte Fahrer oder Beifahrer auf einem Motorrad mit einem Zylinder-Hubraum von 50 ccm oder mehr ist, beträgt die Versicherungshöchstsumme im Todesfall 5.000 EUR. Im Falle einer Dauerinvalidität, 75.000 EUR.
Im Falle von plastischer Chirurgie zur Behandlung von Missbildungen und Entstellungen von Körper oder Gesicht, 10.000 EUR.

4.3 WEITERE AUSSCHLÜSSE

Neben den in Absatz A.7 genannten allgemeinen Ausschlüssen besteht kein Anspruch auf Zahlungen bei Unfällen, die der Versicherte aus folgenden Gründen erlitten hat:

- Vorsatz*
- 4.3.1 durch vorsätzliche Handlung einer von der Zahlung betroffenen Partei oder durch Absicht des Versicherten (z. B. Selbstmord oder Selbstverstümmelung oder versuchter Selbstmord oder versuchte Selbstverstümmelung);
- Gebrauch von Alkohol, Betäubungsmitteln oder ähnlichen Drogen oder Rauschmitteln*
- 4.3.2 falls er sich selbst durch den Gebrauch von Alkohol, Betäubungsmitteln, Aufputzmitteln oder sonstigen Drogen oder Rauschmitteln in einen Zustand versetzt hat, in dem sich das Risiko deutlich erhöht hat;
- Verbrechen*
- 4.3.3 durch ein vorsätzlich begangenes Verbrechen oder die Beteiligung an einem Verbrechen oder infolge eines derartigen Verbrechens;
- Militärdienst*
- 4.3.4 beim oder durch den Militärdienst;
- Bereits bestehende Krankheit oder Erkrankung*
- 4.3.5 infolge eines Krankheitszustands oder eines nicht gesunden Zustands, den der Versicherte bereits zum Zeitpunkt des Unfalls aufwies, oder durch diesen begünstigt, oder durch eine Lähmung oder zunehmende Steifheit, Blindheit, Taubheit, Geisteskrankheit, Epilepsie, Schwindel, Diabetes, Gicht/Spasmen oder eine andere körperliche Behinderung, sofern diese nicht durch einen vorherigen Unfall verursacht wurde, für den im Rahmen dieser Versicherung Versicherungsschutz bestand. Wenn sich die Folgen eines Unfalls durch einen Krankheitszustand oder einen nicht gesunden Zustand des Versicherten oder durch eine geistige oder körperliche Anomalie des Versicherten selbst verschlimmern, so kann der Betrag, der im Sinne dieser Versicherung ausgezahlt worden wäre, wenn der gleiche Unfall einer körperlich und geistig völlig gesunden Person zugestoßen wäre, in keinem Fall überschritten werden;
- Gefährliche Tätigkeiten*
- 4.3.6 in dem Maße, in dem der Versicherte Tätigkeiten ausführt, die mit außergewöhnlichen Arbeiten oder Berufsrisiken verbunden sind, und in dem Maße, in dem diese Tätigkeiten nicht mit dem Zeitraum eines Praktikums verbunden sind;
- Fluggeräte*
- 4.3.7 bei der Nutzung von Fluggeräten jeglicher Art, es sei denn, als Passagier eines Flugzeugs, das für die öffentliche Passagierbeförderung zugelassen ist;
- Schiffe*
- 4.3.8 bei der Nutzung von Schiffen außerhalb der Binnengewässer, es sei denn, dass keine besonderen Gefahren damit verbunden sind;
- Kampfsport, Radsport, Rugby, Fallschirmspringen usw.*
- 4.3.9 und bei der Ausübung aller folgenden Sportarten in jedweder Weise:
alle Kampfsportarten, Radsport, Rugby, Fallschirmspringen, Drachenfliegen und Pferderennen;
- Geschwindigkeits-, Höchstleistungs- und Zuverlässigkeitstests*
- 4.3.10 Teilnahme an oder Vorbereitung von Geschwindigkeits-, Höchstleistungs- und Zuverlässigkeitstests von Motorfahrzeugen;
- Winter- und Unterwassersportarten*
- 4.3.11 Wintersport jeder Art, einschließlich Eishockey, sowie Unterwassersportarten, bei denen ein Tauchergerät verwendet wird.

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn auf der Police angegeben wurde, dass in diesem Zusammenhang eine Zusatzprämie gezahlt wurde.

4.4 AUSSERORDENTLICHE PFLICHTEN

In Abweichung von den Bestimmungen in Absatz 6.1.g gelten die folgenden außerordentlichen Pflichten:

- 4.4.1.0 Im Falle eines Unfalls ist der Versicherte oder die Person, die der Ansicht ist, dass diese Versicherung eine Zahlung zu leisten hat, verpflichtet:
- a. wenn ein Todesfall Folge des Unfalls ist, den Versicherer innerhalb von 3 x 24 Stunden nach dem Unfall zu benachrichtigen; diese Pflicht gilt auch, wenn ein Todesfall nach Aufnahme eines Unfalls und infolge dieses Unfalls eintritt;
 - b. den Versicherer in allen anderen Fällen schriftlich unter Angabe der Daten und der Policen-Nummer und des Ausstellungsdatums der Versicherung zu benachrichtigen;
 - c. den Versicherer über alle von diesem benötigten Informationen hinsichtlich der erlittenen Verletzungen und der Art des Unfalls so schnell wie möglich und wahrheitsgemäß in Kenntnis zu setzen.

Im Falle einer Falschmeldung oder einer falschen Darstellung bezüglich der Umstände, unter denen sich der Unfall ereignet hat, ist der Versicherer nicht zur Zahlung verpflichtet.

- 4.4.1.1 Es besteht kein Anspruch auf Zahlung, falls ein Unfall, der einen Todesfall zur Folge hat - unbeschadet der Bestimmungen in Absatz 4.4.1.0 Unterabsatz b - nach der Frist von 3 x 24 Stunden gemeldet wird, und falls ein sonstiger Unfall nicht innerhalb von 30 Tagen und in der oben beschriebenen Weise gemeldet wird, sofern dem Versicherer nicht glaubhaft nachgewiesen wird, dass
- a. es dem Versicherten oder dem anspruchsberechtigten Dritten nicht möglich war, den Versicherer zu benachrichtigen oder benachrichtigen zu lassen;
 - b. keiner der Ausschlüsse aus Absatz 4.3 Anwendung findet; und zwar jeweils unbeschadet der restlichen Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Versicherung.
- 4.4.1.2 Im Falle eines Unfalls ist der Versicherte verpflichtet, sofortige ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und sicherzustellen, dass er sich in ständiger Behandlung befindet und alle Anweisungen seines Arztes strikt befolgt und nichts unterlässt, was seine Genesung beschleunigen könnte. Wird ärztliche Hilfe zu spät in Anspruch genommen oder hat der Versicherte die Anweisungen des Arztes nicht befolgt und ist seine Genesung infolge dessen beeinträchtigt, verliert er jeden Zahlungsanspruch.
- 4.4.1.3 Unfälle mit Todesfolge berechtigen der Versicherer dazu, eine Autopsie zu fordern. Diese Anforderung kann durch die Erteilung einer Erlaubnis und durch Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei den betreffenden Behörden erfüllt werden. Die Nichterfüllung dieser Pflicht führt zum Verlust des Zahlungsanspruchs der anspruchsberechtigten Partei. Die Kosten für alle erforderlichen offiziellen Erklärungen im Hinblick auf den geltend gemachten Anspruch sowie für die Autopsie werden von dem Versicherer getragen.

4.5 ZAHLUNGEN

Tod infolge eines Unfalls:

- 4.5.0 Verstirbt ein Versicherter als direkte Folge eines Unfalls und allein aus diesem Grund, wird die Versicherungssumme für den Todesfall des Versicherten vollständig an die Erben des Versicherten ausgezahlt, solange bei Abschluss der Versicherung keine anderweitigen Vereinbarungen getroffen wurden. Auf keinen Fall erfolgt eine Zahlung an irgendeine Regierungsstelle. Eine Vorauszahlung oder Vorleistung aufgrund von Dauerinvalidität

infolge dieses Unfalls wird von der auszuzahlenden Summe abgezogen, übersteigt aber in keinem Fall die Versicherungssumme im Todesfall.

Dauerinvalidität

- 4.5.1.0 Falls der Unfall eine Dauerinvalidität des Versicherten zur Folge hat, so ist ein zu ermittelnder prozentualer Anteil der Versicherungssumme bei Dauerinvalidität entsprechend dem Invaliditätsgrad an den Versicherten auszuzahlen, der eine Invalidität in Folge des Unfalls erlitten hat.

Ungeachtet der folgenden Bestimmungen dieser Allgemeinen Geschäftsbedingungen wird für einen oder mehrere Unfälle zusammen eine Gesamtsumme ausgezahlt, die allerdings auf keinen Fall die für eine Dauerinvalidität angesetzte Summe übersteigt.

Dauerinvalidität wird als dauerhafter Verlust von (Funktionen von) Körperteilen oder Organen definiert.

- 4.5.1.1 Der zur Anwendung kommende prozentuale Anteil wird wie folgt bestimmt:

* vollständiger Verlust oder dauerhaft nicht mögliche Nutzung von:	
* einem Arm, bis zum Schultergelenk	75 %
* einem Arm, bis zum Ellbogen oder bis zwischen Ellbogen- und Schultergelenk	70 %
* einer Hand, bis zum Handgelenk, oder bis zum Arm zwischen Hand- und Ellbogengelenk	60 %
* einem Bein, bis zur Hüfte	75 %
* einem Bein, bis zum Knie oder bis zwischen Knie und Hüfte	60 %
* einem Fuß, bis zum Knöchel oder bis zum Bein zwischen Knöchel und Hüfte	50 %
- dauerhaft und vollständig nicht mögliche Nutzung von:	
* Daumen	25 %
* Zeigefinger	15 %
* Mittelfinger	12 %
* Ringfinger oder kleiner Finger	10 %
* dem großen Zeh	8 %
* einem anderen als dem großen Zeh	3 %
* Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen	100 %
* Verlust des Sehvermögens auf einem Auge	30 %
wenn der Versicherer jedoch bereits eine Zahlung im Rahmen dieser Versicherung aufgrund des Verlustes des Sehvermögens auf dem anderen Auge geleistet hat	70 %
* Verlust einer Augenlinse	15 %
* vollständige Taubheit auf beiden Ohren	50 %
* vollständige Taubheit auf einem Ohr	20 %
wenn der Versicherer jedoch bereits eine Zahlung im Rahmen dieser Versicherung aufgrund der vollständigen Taubheit auf dem anderen Ohr geleistet hat	30 %
* Verlust des Geschmackssinns	10 %
* Verlust des Geruchssinns	10 %
* Verlust der Zunge	50 %
* Verlust des Kehlkopfes	50 %
* Verlust der Milz	5 %
* Verlust einer Niere	10 %
- unheilbare Geisteskrankheit	100 %

Bei teilweisem Verlust (Verlust von Funktionen), mit Ausnahme des Geruchs- und/oder Geschmackssinns, erfolgt die Zahlung anteilig.

- 4.5.1.2 In allen anderen, nicht in Absatz 4.5.1.1 genannten Fällen entspricht der zur Anwendung kommende prozentuale Anteil dem Grad der funktionellen Beeinträchtigung ohne Berücksichtigung des Berufs des Versicherten.
- 4.5.1.3 Bei Verlust oder Funktionsverlust eines oder mehrerer Körperteile und/oder Organe, die vor dem Unfall zu einer Dauerinvalidität geführt haben, erfolgt von dem im Sinne der Absätze 4.5.1.1 und 4.5.1.2 ermittelten prozentualen Anteil ein Abzug des prozentualen Anteils, der in der gleichen Weise im Zusammenhang mit der Invalidität berechnet wurde, die vor dem Unfall bestand.
- 4.5.1.4 Entschädigungen, die für den Verlust eines oder mehrerer Finger geleistet werden, übersteigen in der Summe in keinem Fall die Entschädigungen für den Verlust der gesamten Hand.
- 4.5.1.5 Der Grad der Invalidität wird ermittelt, sobald nach Ansicht eines von dem Versicherer beauftragten medizinischen Beraters eine Situation vorherrscht, in der eine eindeutige Änderung des Grades der Invalidität nicht mehr zu erwarten ist. Sollte der endgültige Grad der Invalidität innerhalb von 2 Jahren noch nicht ermittelt worden sein, hat der Versicherte Anspruch darauf, dass der endgültige Grad seiner Invalidität auf der Grundlage der erwarteten endgültigen Invalidität ermittelt wird, die aus den ärztlichen Gutachten hervorgeht.
- 4.5.1.6 Falls aus ärztlicher Sicht bestimmt wird, dass ein Unfall zu Dauerinvalidität führen würde, besteht bei einem Todesfall, der keine direkte Folge des Unfalls ist, Anspruch auf Entschädigung für Dauerinvalidität.

Die Höhe dieser Entschädigung ist entsprechend dem erwarteten endgültigen Grad der Invalidität zu bestimmen, die den ärztlichen Gutachten zufolge bestanden hätte, wenn der Versicherte nicht verstorben wäre.

- 4.5.1.7 Die Ermittlung des prozentualen Anteils des Verlustes oder Funktionsverlustes erfolgt im Einklang mit objektiven Maßstäben unter Befolgung der jeweils aktuellen Ausgabe der "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" ["Richtlinien für die Bewertung dauerhafter Beeinträchtigungen"] der American Medical Association (A.M.A.).

Sollte der endgültige Grad der Dauerinvalidität am 365. Tag nach dem Unfall noch nicht ermittelt worden sein, hat der Versicherer ab diesem Tag und bis zu dem Tag, an dem die Invalidität endgültig ermittelt wird – 8 % Zinsen auf die zu leistende Entschädigung, abzüglich aller geleisteten Vorauszahlungen, zu zahlen.

Plastische Chirurgie

- 4.5.2 Die Kosten für plastische Chirurgie zur Behandlung von Missbildungen und Entstellungen des Körpers oder Gesichts infolge eines Unfalls werden nur erstattet, falls es nach Ansicht eines plastischen Chirurgen eine realistische Aussicht auf eine Verbesserung des Zustands oder eine vollständige Wiederherstellung gibt. Die mit der Operation oder ambulanten Behandlung, mit verschriebenen Medikamenten, Verbandmaterial und anderen Heilmitteln verbundenen Kosten und die Kosten für die Pflege im Krankenhaus werden erstattet, sofern diese Behandlung innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall durchgeführt wird. Die Erstattung beläuft sich auf höchstens 10.000 EUR pro Unfall und wird zusätzlich zum Höchstbetrag für Dauerinvalidität gewährt. Werden die oben genannten Kosten ganz oder teilweise von einer anderen Versicherung übernommen, oder ist ein haftbarer Dritter zur

Erstattung dieser Kosten verpflichtet, besteht diesbezüglich kein Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherung.

HAFTUNG FÜR PRIVATPERSONEN

5.1 DER VERSICHERTE

5.1.1 *Versicherter ist:*

- a. der Versicherte;
- b. alle minderjährigen Kinder, die bei dem Versicherten leben, sofern für deren Haftung kein Versicherungsschutz im Rahmen einer anderen Versicherung besteht;
- c. Hausangestellte, sofern deren Haftung mit ihren für den Versicherten ausgeführten Aktivitäten zusammenhängt.

Eigenschaften

5.1.2.0 Die Versicherung erstreckt sich nur auf die persönliche Haftung der versicherten Person.

5.1.2.1 Der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherung erstreckt sich nicht auf die Haftung für die Führung von Gewerben, Geschäften oder die - bezahlte oder unbezahlte - Ausübung von Berufen, auf den Militär- oder Zivildienst.

5.1.2.2 Unbeschadet von Absatz 5.1.2.1 erstreckt sich die Versicherung auf Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Sammlung von Arbeitserfahrung oder der Teilnahme an Ausbildungsveranstaltungen im Rahmen spezifischer Ausbildungskurse. Der Versicherungsschutz erstreckt sich allerdings nicht auf Haftungsfälle, die sich aus medizinischen Behandlungen, Beratungstätigkeiten, Entwurfsarbeiten, der Ausarbeitung von Kalkulationen oder ähnlichen beruflichen Tätigkeiten ergeben, selbst wenn diese Teil der Arbeitserfahrung oder der Teilnahme an Ausbildungsveranstaltungen sind.

5.1.2.3 Die in Absatz 5.1.2.1 beschriebenen Einschränkungen gelten nicht für:

- a. die in Absatz 5.1.1 Unterabsatz c genannten Hausangestellten;
- b. minderjährige Kinder, falls diese in ihren Ferien oder in ihrer Freizeit Tätigkeiten für andere Personen als den Versicherten entgeltlich oder unentgeltlich ausführen.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich in diesem Fall nur dann auch auf die Haftung für Kinder, sofern für diese kein Versicherungsschutz im Rahmen einer anderen Versicherung besteht.

Dieser Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Ansprüche seitens des Arbeitgebers oder der gesetzlichen Erben oder Rechtsnachfolger.

5.2 UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Haftung / Schäden

5.2.1.0 Die Versicherungssumme für die Haftung des Versicherten in seinen oben genannten Eigenschaften und im Zusammenhang mit Schäden, die während der Laufzeit der Versicherung verursacht oder erlitten wurden, und für alle versicherten Parteien gemeinsam, beläuft sich auf 1.250.000 EUR pro Vorfall.

5.2.1.1 Wird in diesen Allgemeinen Geschäftsbedingungen auf einen Schaden oder Schäden verwiesen, wird auch Folgendes einbezogen:
Schäden, die von Personen erlitten wurden, und Schäden an Gegenständen.
Schäden an Personen sind als Schäden infolge von Verletzungen oder als Schäden zu erachten, die die Gesundheit von Personen beeinträchtigen und sogar zum Tode führen können, einschließlich der daraus entstehenden Folgeschäden.
Schäden an Gegenständen beziehen sich auch auf Schäden an diesen Gegenständen und/oder deren Zerstörung und/oder den Verlust anderer Gegenstände als der des Versicherten, einschließlich der daraus entstehenden Folgeschäden.

Gegenseitige Haftung in Bezug auf den Versicherten

- 5.2.2.0 Der Versicherungsschutz erstreckt sich nur dann auf die gegenseitige Haftung der oben genannten versicherten Parteien, wenn die betreffenden versicherten Parteien Schäden an ihrer Person erleiden und soweit diese versicherten Parteien keinen sonstigen Anspruch im Hinblick auf das sie betreffende Ereignis haben.
- 5.2.2.1 Die Haftung eines Versicherten für Schäden infolge eines Unfalls im Zusammenhang mit Hausangestellten ist ebenfalls im Versicherungsschutz enthalten, wenn der Schaden an Gegenständen entstanden ist.
- 5.2.2.2 Keine Erstattung im Schadensfall erfolgt, wenn der Anspruchsberechtigte keine natürliche Person ist, die direkt an dem Ereignis beteiligt ist und einen Schaden erlitten hat, oder deren gesetzlicher Erbe oder Rechtsnachfolger.

Kosten des Verfahrens und gesetzliche Zinsen

- 5.2.3 Zahlungen, die die Versicherungssumme überschreiten, werden geleistet für:
- a. Kosten für Verfahren, die mit Genehmigung oder auf Veranlassung des Versicherers eingeleitet wurden, sowie für Rechtshilfe, die auf Veranlassung des Versicherers erbracht wurde;
 - b. gesetzliche Zinsen für den Teil der Kapitalsumme, auf den sich der Versicherungsschutz erstreckt.

Sicherheit

- 5.2.4.0 Sollte eine Behörde aufgrund erlittener Schäden, auf die sich der Versicherungsschutz erstreckt, die Hinterlegung einer finanziellen Sicherheit fordern, um die Wahrung der Rechte von Parteien sicherzustellen, die Schäden erlitten haben, so wird der Versicherer diese Sicherheit bis zu einer Höhe von maximal 10 % der Versicherungssumme bereitstellen.
- 5.2.4.1 Der Versicherte ist verpflichtet, dem Versicherer die Sicherheit zur Verfügung zu stellen und ihn zu deren Verwahrung zu bevollmächtigen, und darüber hinaus sicherzustellen, dass umfassende Kooperation zur Erlangung der Rückzahlung dieser Sicherheit geleistet wird.

Immobilien oder Gegenstände

- 5.2.5.0 Im Zusammenhang mit Immobilien oder Gegenständen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf:
- a. Haftungsfälle des Versicherten
 - b. Haftungsfälle eines Versicherten, die durch Schäden aufgrund von Feuer, Feuerlöschaktivitäten und Explosionen in einem Haus oder einer Wohnung entstanden sind, die er im Rahmen eines Mietvertrags gemietet hat (einschließlich Ferienhaus / -apartment) und für darin befindliches Mobiliar oder Gegenstände, sofern der Versicherte nicht der Eigentümer / Inhaber / Mietkäufer dieses Mobiliars oder dieser Gegenstände ist.
- 5.2.5.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf sonstige Haftungsfälle aufgrund von Schäden an Immobilien oder Gegenständen, einschließlich der Haftung für Schäden an im Bau befindlichen oder verwalteten Immobilien.

5.3 ERGÄNZENDE AUSSCHLÜSSE

Neben den in Absatz A.7 genannten allgemeinen Ausschlüssen gilt außerdem Folgendes:

Vorsätzliche Handlungen

- 5.3.1.0 Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Haftung für Schäden im Zusammenhang mit einem Versicherten, die von ihm vorsätzlich verursacht wurden oder eindeutig aus einer Unterlassung seinerseits entstanden sind. Im Zusammenhang mit der

Haftung von und für Kinder bis zum Alter von 15 Jahren einschließlich wird sich die Versicherung nicht auf diesen Ausschluss berufen.

- 5.3.1.1 Ein Haftungsfall eines Versicherten, der als Teil einer Gruppe juristischen Personen Schäden zufügt, die vorsätzlich verursacht werden oder eindeutig aus dem Verhalten (einzeln oder aller Mitglieder) der Gruppe entstehen, selbst wenn es nicht der Versicherte war, der den betreffenden Schaden vorsätzlich verursacht hat, ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Motorfahrzeuge

- 5.3.2.0 Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Haftung für Schäden, die durch oder mit einem Motorfahrzeug (einschließlich Mopeds und motorisierter Landwirtschafts- und Baufahrzeuge) verursacht werden, welche sich im Besitz eines Versicherten befinden, sein Eigentum sind, von ihm verwahrt, gefahren oder genutzt werden.

- 5.3.2.1 Der in Absatz 5.3.2.0 beschriebene Ausschluss findet keine Anwendung auf:

Bei- oder Mitfahrer

- a. die Haftung eines Versicherten für Schäden, die von ihm als Bei- oder Mitfahrer eines Motorfahrzeugs verursacht werden, einschließlich der Schäden an diesem Motorfahrzeug;

Als Bei- oder Mitfahrer wird eine Person angesehen, die nicht selbst das Motorfahrzeug fährt, sich aber auf oder in diesem Fahrzeug befindet, dieses besteigt / in dieses einsteigt oder von diesem herabsteigt / aus diesem aussteigt.

Die Bestimmungen in den Absätzen 5.2.2.0 bis 5.2.2.2 über die gegenseitige Haftung der Versicherten und in 5.4.1.0 bis 5.4.1.2 über die Beaufsichtigung von Gegenständen bleiben allerdings vollständig in Kraft.

Haftpflicht für Nichteigentümer

- b. die in Absatz 5.1.1 genannte Haftung des Versicherten für Schäden, die von Hausangestellten oder einem Motorfahrzeug verursacht wurden, deren Halter oder Eigentümer keine andere versicherte Partei als die Hausangestellten sind;

Motorisierte Rasenmäher / Modellfahrzeuge

- c. die Haftung des Versicherten für Schäden, die durch motorisierte Rasenmäher, Kinderspielzeuge und ähnliche Gebrauchsgüter verursacht werden, vorausgesetzt, dass diese schneller als 10 km/h werden können, sowie durch ferngesteuerte Modellautos;

Wohnwagen, Anhänger, Bootsanhänger

- d. die Haftung des Versicherten für Schäden, die Dritten durch oder mit Anhängern, Wohnwagen oder Bootsanhängern entstehen, sofern diese nicht an ein Motorfahrzeug angekuppelt sind und die Schäden nicht dadurch entstanden sind, dass sich der Anhänger usw. aufgrund eines Bruchs oder eines anderen Defekts von der Kupplung gelöst hat oder dass der betreffende Anhänger falsch angekuppelt oder entkuppelt wurde;

Beladen und Entladen

- e. die Haftung des Versicherten für Schäden, die Dritten durch oder aufgrund von Gepäck oder anderen Gegenständen entstehen, während diese auf ein Motorfahrzeug geladen oder von diesem abgeladen werden;

Unbefugter Gebrauch von Motorfahrzeugen

- f. die Haftung eines Versicherten für Schäden, die während des unbefugten Gebrauchs eines Motorfahrzeugs mit, und im Gegensatz zu den Bestimmungen in den Absätzen

5.4.1.0 bis 5.4.1.2 über die Beaufsichtigung von Gegenständen, durch dieses entstehen, sofern der Täter jünger als 18 Jahre ist. Der unbefugte Gebrauch von Motorfahrzeugen bezieht sich auch auf die Nutzung eines Motorfahrzeugs ohne erforderliche Erlaubnis, wobei die Absicht der Entwendung dieses Motorfahrzeugs nicht bestand.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Haftung für Schäden im Zusammenhang mit einem Diebstahl des Motorfahrzeugs. Im Falle des unbefugten Gebrauchs von Motorfahrzeugen ohne Gewaltanwendung ist kein Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherung gegeben, wenn für das Motorfahrzeug eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen wurde.

5.3.2.2 Der in Absatz 5.3.2.1 Unterabsätze a bis e beschriebene Versicherungsschutz findet keine Anwendung, sofern im Rahmen einer anderen Versicherung Versicherungsschutz für die Haftpflicht besteht.

Boote/Schiffe

5.3.3.0 Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Haftung für Schäden, die durch ein Boot/Schiff verursacht werden oder auf dieses zurückzuführen sind.

5.3.3.1 Der in Absatz 5.3.3.0 beschriebene Ausschluss findet allerdings keine Anwendung auf:

Ruderboote, Kanus, Surfbretter, Modellschiffe

a. die Haftung für Schäden, die durch oder mit Ruderbooten, Kanus, Surfbrettern und ferngesteuerten Modellschiffen verursacht werden;

Kleine Segelboote

b. die Haftung für Schäden an Personen, die durch oder mit Segelbooten mit einer Segelfläche von höchstens 16 m² verursacht werden;

Passagier

c. die Haftung für Schäden, die von einem Passagier eines Bootes verursacht werden, einschließlich der Schäden an diesem Boot;

Die Bestimmungen in den Absätzen 5.2.2.0 bis 5.2.2.2 über die gegenseitige Haftung der Versicherten und in 5.4.1.0 bis 5.4.1.2 über die Beaufsichtigung von Gegenständen bleiben allerdings vollständig in Kraft.

Unbefugter Gebrauch von Segelbooten

f. die Haftung des Versicherten für Schäden, die während des unbefugten Gebrauchs eines Segelbootes mit, und im Gegensatz zu den Bestimmungen in den Absätzen 5.4.1.0 bis 5.4.1.2 über die Beaufsichtigung von Gegenständen, an diesem entstehen, sofern der Täter jünger als 18 Jahre ist. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Haftung für Schäden im Zusammenhang mit einem Diebstahl des Bootes.

5.3.3.2 Der in Absatz 5.3.3.1 Unterabsätze a bis c beschriebene Versicherungsschutz gilt nicht, wenn diese Boote mit einem Motor (Außenbordmotor) mit mehr als 3 kW (ca. 4 PS) ausgerüstet sind. Der in Absatz 5.3.3.1 Unterabsätze a bis d beschriebene Versicherungsschutz findet keine Anwendung, sofern im Rahmen einer anderen Versicherung Versicherungsschutz für die Haftpflicht besteht.

Fluggeräte

5.3.4.0 Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Haftung für Schäden, die mit einem Fluggerät, einem Modellflugzeug, einem Paraglider, einem Sportflugzeug, einem Segelflugzeug, einem Seilgleiter, einem Zeppelin, einer Modellrakete oder einem Ballon mit einem Durchmesser von mehr als 1 Meter im vollständig aufgeblasenen Zustand oder durch diese verursacht werden.

5.3.4.1 Der in Absatz 5.3.4.0 beschriebene Ausschluss findet allerdings keine Anwendung auf:

Modellflugzeug

- a. die Haftung für Schäden, die mit oder von einem Modellflugzeug mit einem Gewicht von höchstens 20 kg verursacht werden;

Passagiere

- c. die Haftung für Schäden, die von einem Versicherten als Passagier eines Fluggeräts verursacht werden, einschließlich der Schäden an diesem Fluggerät;

Die Bestimmungen in den Absätzen 5.2.2.0 bis 5.2.2.2 über die gegenseitige Haftung der Versicherten und in 5.4.1.0 bis 5.4.1.2 über die Beaufsichtigung von Gegenständen bleiben allerdings vollständig in Kraft.

5.3.4.2 Der in Absatz 5.3.4.1 Unterabsätze a bis b beschriebene Versicherungsschutz findet keine Anwendung, sofern im Rahmen einer anderen Versicherung Versicherungsschutz für die Haftpflicht besteht.

Waffen

5.3.5. Ein Versicherungsschutz für eine Haftung für Schäden, die im Zusammenhang mit und/oder der Nutzung von (Schuss-) Waffen verursacht werden, ist ausgeschlossen.

5.4. BEAUF SICHTIGTE GEGENSTÄNDE

5.4.1.0 Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Schäden:

- a. an Gegenständen, die ein Versicherter zur seiner Verfügung hält oder die eine Person im Namen des Versicherten zu ihrer Verfügung hält;
 - im Hinblick auf einen Miet-, Leasing-, Pfand- oder Nießbrauchsvertrag (einschließlich des Nutzungs- und Wohnrechts);
 - die im Zusammenhang mit der Ausübung von Gesellschaftsaktivitäten (nicht unbedingt von Aktivitäten der Hauptgesellschaft), oder beruflichen Tätigkeiten (nicht unbedingt von Aktivitäten im Rahmen des Hauptberufs) und im Zusammenhang mit manueller Arbeit, mit Ausnahme von Freundschaftsdiensten ohne Bezahlung, sowie der Ableistung des Militär- oder Zivildienstes entstehen.
- b. an Gegenständen, die ein Versicherter rechtswidrig zu seiner Verfügung hält;
- c. an Motorfahrzeugen, Wohnmobilen, Wohnwagen, Anhängern mit Plane, Motorbooten und Segelbooten, einschließlich Surfbrettern und Fluggeräten, die ein Versicherter zu seiner Verfügung hält oder die eine Person im Namen des Versicherten zu ihrer Verfügung hält;
- d. bestehend aus und/oder entstehend durch Verlust, Diebstahl oder der Entwendung von Geld, wertvollen Dokumenten, Plünderung von Bankkonten und Girokonten und Entwendung von Kreditkarten jeglicher Art, die ein Versicherter besitzt, oder die jemand anders im Namen des Versicherten verwahrt.

5.4.1.1 Andererseits erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die Schadenersatzpflicht: für und im Zusammenhang mit Gegenständen, die sich im Besitz eines Versicherten befinden, mit Ausnahme der in Absatz 5.4.1.0 a bis d genannten Fälle, in einer Höhe von bis zu 10.000 EUR pro Fall; für und im Zusammenhang mit Gegenständen, die dem Anbieter des Praktikums gehören, und die einem Versicherten während der Praktikumsaktivitäten zur Verfügung gestellt werden, in einer Höhe von bis zu 10.000 EUR pro Fall.

5.4.1.2 Der Versicherungsschutz für eine Haftpflicht für Brandschäden etc. an einer gemieteten Wohnung im Sinne von Absatz 5.2.5.0 Unterabsatz b und für Schäden als Bei- oder

Mitfahrer und Passagier im Sinne von Absatz 5.3.2.1 bis 5.3.2.2, 5.3.3.1 bis 5.3.4.1 bis 5.3.4.2 bleibt anwendbar und vollständig in Kraft.

5.5. SCHÄDEN

Schadensregulierung und Zahlung

- 5.5.5.0 Der Versicherer ist zur Schadensregulierung und Ermittlung von Schadenersatz verpflichtet.
- 5.5.5.1 Der Versicherer behält sich das Recht vor, Parteien, die einen Schaden erlitten haben, direkt und im Wege eines Vergleichs zu entschädigen. Dabei sind die Interessen des Versicherten zu berücksichtigen.
- 5.5.5.2 Falls der zu zahlende Schadenersatz ganz oder teilweise aus regelmäßig wiederkehrenden Zahlungen besteht, und der Barwert dieser Zahlungen, abzüglich des verbleibenden Schadenersatzes, die Versicherungssumme übersteigt, ist die Dauer oder die Höhe der regelmäßig wiederkehrenden Zahlungen anteilig festzulegen.

GEPÄCK ODER HAUSHALTSGEGENSTÄNDE

6.1 DEFINITIONEN

Gepäck

6.1.1.0 Gepäck wird definiert als:

- a. Gegenstände, die ein Versicherter zum eigenen Gebrauch mitgenommen hat, oder die einem Versicherten vor oder nach der Ankunft am Zielort oder während der Laufzeit der Versicherung nachgesendet wurden;
- b. Gegenstände, die während der Laufzeit der Versicherung erworben wurden, bis zu einer maximalen Höhe von 250,00 EUR.

Reiseunterlagen

6.1.2.0 Zu den Reiseunterlagen zählen: Reisepass, Fahrkarten und Flugtickets, Führerschein, Meldeausweis, Nummernschilder, Carnets / Vignetten, Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigungen (Green Card), Visa, Ausweispapiere und Touristenkarten / Touristikreiseunterlagen.

Haushaltsgegenstände

6.1.3.0 Zu den Haushaltsgegenständen zählen alle Gegenstände und beweglichen Sachen, die dem Versicherten gehören oder für die er die Verantwortung trägt und die dem normalen Sprachgebrauch nach als Haushaltsgegenstände bezeichnet werden und sich während der Laufzeit der Versicherung an der Adresse des Versicherten im Ausland befinden.

6.1.4.0 Folgendes gilt nicht als Gepäck oder Haushaltsgegenstand:

- a. Geld, wertvolle Dokumente jeglicher Art, Manuskripte, Zeichnungen und Entwürfe (Reiseunterlagen siehe 6.1.2.0 und 6.2.1)
- b. Sammlungen (wie z. B. Briefmarken und Münzsammlungen usw.)
- c. Werkzeuge (mit Ausnahme der im Folgenden genannten Werkzeuge für Auto, Fahrrad und Motorrad)
- d. Handelswaren und Muster
- e. Tiere

6.2 UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz im Schadens- und Verlustfall erstreckt sich auf:

Reiseunterlagen

6.2.1 Reiseunterlagen werden zum Anschaffungspreis ersetzt.

Gepäck und Haushaltsgegenstände

6.2.2.0 Gepäck bis zu einer maximalen Höhe von 1.500 EUR und Haushaltsgegenstände bis zu einer maximalen Höhe von 6.000 EUR während der Laufzeit der Versicherung, unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

Surfbretter und Fahrräder

6.2.2.1 Surfbretter und Fahrräder sind bis zu einer maximalen Höhe von 250 EUR pro Gegenstand, einschließlich Zubehör, versichert.

Werkzeug für Auto, Fahrrad und Motorrad

6.2.2.2 Werkzeuge für Auto, Fahrrad und Motorrad, Schneeketten, Auto-Audio- und Radiogeräte (unabhängig davon, ob fest installiert und montiert oder nicht) nur mit einem Batterieanschluss, Musikkassetten, CDs sowie Ersatzteile (einschließlich V-Anschluss, Zündkerzen, Starthilfekabel, Rotor, Kontaktstifte und Glühbirnen) sind bis zu einer maximalen Höhe von 150 EUR versichert.

- Zahnprothesen*
- 6.2.2.3 Zahnprothesen sind, falls die Kosten für einen Ersatz oder eine Reparatur nicht im Sinne des Kapitels über die Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen erstattet werden, bis zu einer maximalen Höhe von 250 EUR versichert.
- Ersatzkleidung und Toilettenartikel*
- 6.2.2.4 Versicherungsschutz wird außerdem bis zu einer maximalen Höhe von 75 EUR im Rahmen der Erstattung der Kosten für den Kauf von Ersatzkleidung und Toilettenartikeln aufgrund einer verspäteten Gepäckankunft gewährt.
- Foto-, Film-, Video-, Ton- und Computerausrüstungen*
- 6.2.2.5 Foto-, Film-, Video-, Ton- und Computerausrüstungen, einschließlich Zubehör, sind bis zu einer maximalen Höhe von 650 EUR versichert.
- Schmuck*
- 6.2.2.6 Schmuck ist bis zu einer maximalen Höhe von 150 EUR versichert. Schmuck bezieht sich auf Gegenstände, die dazu angefertigt wurden, am oder um den Körper getragen zu werden, und die ganz oder teilweise aus (Edel-) Metall, Stein, Mineralien, Ebenholz, Koralle oder ähnlichen Substanzen, und aus Perlen bestehen, mit Ausnahme von Armbanduhren.
- Armbanduhren*
- 6.2.2.7 Armbanduhren, einschließlich Armbändern und Ketten, sind bis zu einer maximalen Höhe von 150 EUR versichert.
- Brillen und Kontaktlinsen*
- 6.2.2.8 Brillen, Sonnenbrillen (einschließlich Linsen) und Kontaktlinsen sind bis zu einer maximalen Höhe von 150 EUR versichert.
- Telekommunikationsausrüstungen*
- 6.2.2.9 (Mobile) Telekommunikationsausrüstungen sind bis zu einer maximalen Höhe von 150 EUR versichert.
- Sonstige Haushaltsgeräte*
- 6.2.2.10 Für die restlichen Haushaltsgeräte wird Versicherungsschutz gegen die folgenden Bedrohungen und Gefahren gewährt: Feuer und Explosion (auch infolge eigenen Verschuldens), Blitzeinschlag, Induktion und Überspannung nach Blitzeinschlag, Fluggerät, Sturm, Niederschlag, Wasser, Dampf und Öl, Diebstahl oder versuchter Diebstahl nach Einbruch und/oder Eindringen, Raub und Erpressung, Verkehrsunfall, Verbrennen, Versengen, Schmelzen, Verkohlen, Abflämmen, Rauch und Ruß, sowie Schaden durch Glassplitter von zerbrechenden Fenstern. Schaden durch Diebstahl oder versuchten Diebstahl ohne Anzeichen eines Einbruchs und/oder Eindringens unterliegen einer Selbstbeteiligung von 125 EUR pro Fall.

6.3 ERGÄNZENDE AUSSCHLÜSSE

Abgesehen von den in Absatz A.7 genannten allgemeinen Ausschlüssen ist Folgendes nicht im Versicherungsschutz enthalten:

- Boote, Fluggeräte, Motorfahrzeuge, Wohnwagen und sonstige Fahrzeuge*
- 6.3.1 Boote (mit Ausnahme von Surfbrettern), Fluggeräte (einschließlich Segelflugzeugen und zugehöriger Ausrüstung), Fahrzeuge (einschließlich Mopeds), Wohnwagen und sonstige Fahrzeuge (mit Ausnahme von Fahrrädern) sowie das zugehörige Zubehör, Ersatzteile und Ausrüstungsteile (einschließlich Zelten).

Verschleiß, verborgene Mängel, Wettereinfluss

6.3.2 Schäden aufgrund von Verschleiß, verborgenen Mängeln, natürlichem Verfall und allmählichen Wiedereinflüssen, Beschlagnahme oder Einziehung, die nicht mit einem Unfall verbunden sind, und Schäden, die durch Motten oder sonstiges Ungeziefer verursacht werden;

Kratzer, Dellen, Flecken

6.3.3 Schäden, bestehend aus Schäden wie z. B. Kratzern, Dellen, Verfärbungen und sonstigen Flecken, es sei denn, das beschädigte Objekt ist infolge dessen für die beabsichtigte Nutzung unbrauchbar geworden;

Aufnahmegeräte / Tonköpfe

6.3.4 Schäden, die ausschließlich aus Schäden an Aufnahmegeräten, Video- und Tonköpfen von Audio- und Videogeräten bestehen.
Darüber hinaus besteht kein Anspruch auf Erstattung im Zusammenhang mit:

Üblicher Sorgfalt und Achtsamkeit

6.3.5.0 falls der Versicherte nicht die übliche Sorgfalt und Achtsamkeit angewendet hat, die von ihm zur Verhinderung von Verlust, Diebstahl oder Schäden an Gepäck und Haushaltsgegenständen erwartet werden kann.

6.3.5.1 Die übliche Sorgfalt und Achtsamkeit gilt als nicht angewendet, wenn Video-, Computer-, Foto-, Film-, Ton- und Telekommunikationsausrüstungen, Schmuck, Armbanduhren, Pelze und andere Wertgegenstände in einem nicht ordnungsgemäß verschlossenen Bereich unbeaufsichtigt bleiben.

6.3.5.2 Im Zusammenhang mit den Bestimmungen in Absatz 6.3.5.1 Unterabsätze a und b kann der Versicherte aufgefordert werden nachzuweisen, dass er nach den Kriterien von Vernunft und Billigkeit keine sichereren Maßnahmen hätte ergreifen können.

6.4 ERGÄNZENDE PFLICHTEN DES VERSICHERTEN ODER EINES AN DER VERSICHERUNG BETEILIGEN

6.4 Neben den in Absatz A. 6 dargelegten allgemeinen Pflichten sind der Versicherte oder ein Beteiligter außerdem verpflichtet:

- a. den Versicherer bei Schäden an Gepäck oder Haushaltsgegenständen zu informieren und dem Versicherer zu gestatten, die Angelegenheit vor einer Reparatur zu untersuchen.
- b. den Diebstahl oder Verlust versicherter Gegenstände unverzüglich der örtlichen Polizei zu melden, und außerdem sind Personen wie Stationsvorsteher, Mitarbeiter von Fluggesellschaften, Zugführer, Schiffskapitäne, Hotelleitungen usw. ebenfalls zu ersuchen festzustellen, dass tatsächlich ein Schaden erlitten wurde;
- c. die Besitzverhältnisse, den Wert und das Alter der versicherten Gegenstände anhand von Originalrechnungen nachzuweisen;
- d. falls der Schaden während der Beförderung der versicherten Gegenstände per Zug, Schiff, Flugzeug oder mit sonstigen Transportmitteln entstanden ist, das Gepäck bei Erhalt zu prüfen um sicherzustellen, dass es sich in gutem Zustand befindet und/oder dessen Verlust festzustellen. Sollten Teile fehlen und/oder sich in keinem guten Zustand befinden, ist der Versicherte verpflichtet, Beschwerde bei der Transportgesellschaft einzulegen und zu fordern, dass die Transportgesellschaft einen offiziellen schriftlichen Bericht der Beschwerde aufnimmt. Dieser Originalbericht ist dem Versicherer zusammen mit einer Schadensmeldung vorzulegen.

6.5 SCHÄDEN

Grundlagen für die Erstattung im Schadensfall

- 6.5.1.0 Die Grundlagen für die Berechnung der zu zahlenden Erstattung für erlittene Schäden im Zusammenhang mit Reiseunterlagen ist die Höhe der Kosten für die erneute Ausstellung der betreffenden Unterlagen.
- 6.5.1.1 Die Berechnung der zu zahlenden Erstattung für Schäden an Gepäck und Haushaltsgegenständen erfolgt auf der Grundlage:
- a. des Neuwertes bei Gegenständen, die nicht älter sind als ein Jahr;
 - b. des Gegenwartswertes bei Gegenständen, die älter sind als ein Jahr.
- 6.5.1.2 Der Neuwert wird definiert als der Betrag, der für den Erwerb neuer Gegenstände der gleichen Art und Güte aufzuwenden wäre; dagegen wird der Gegenwartswert definiert als der Neuwert abzüglich der Wertminderung aufgrund von Alter oder Verschleiß.
- 6.5.1.3 Gegenstände, die nicht durch neue Gegenstände der gleichen Art und Güte ersetzt werden können, werden anhand der Annahme ihres Marktwertes bewertet, der definiert wird als der Marktpreis bei Verkauf der betreffenden Gegenstände durch den Versicherten in dem Zustand, in dem sich diese Gegenstände vor der Beschädigung befanden.
- Reparatur oder Ersatz*
- 6.5.2 Falls Schäden oder verlorene Gegenstände nach den Kriterien von Vernunft und Billigkeit repariert und/oder ersetzt werden können, behält sich der Versicherer das Recht vor, diese Gegenstände reparieren und/oder ersetzen zu lassen.
- Versicherungshöchstsumme*
- 6.5.3 Eine Erstattung für Schäden erfolgt maximal bis zur Höhe der Versicherungssummen, ungeachtet des Gesamtwertes der versicherten Gegenstände.
- Kündigung der Versicherung nach einem Schadensfall*
- 6.5.4 Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Versicherung im Sinne dieses Kapitels schriftlich wie folgt zu kündigen:
- a. innerhalb von dreißig (30) Tagen nach geleisteter Zahlung im Sinne dieses Kapitels oder wenn eine Zahlung verweigert wurde; der Versicherer unterliegt dabei einer Kündigungsfrist von mindestens vierzehn (14) Tagen.
 - b. mit Wirkung ab dem in der schriftlichen Kündigung der Versicherung angegebenen Datum, falls der Versicherte vorsätzlich eine falsche Darstellung des Ablaufs eines Ereignisses oder von Ereignissen angegeben hat.

KOSTEN DER STORNIERUNG DER IPS NUR FÜR NIEDERLÄNDISCHE STAATSBÜRGER

Dieses Kapitel findet nur insoweit Anwendung, als dies aus der Anmerkung auf dem Versicherungszertifikat hervorgeht und eine Prämie diesbezüglich errechnet wurde.

7. *Umfang des Versicherungsschutzes*
Bei Stornierung, verzögerter Abreise und/oder Abbruch der Studienreise / des Praktikums hat der Versicherer dem Versicherten eine Erstattung bis zur maximalen Höhe des Betrags zu zahlen, der auf dem Versicherungszertifikat unter Reise-/ Mietsumme vermerkt ist, unter Berücksichtigung des Folgenden:
- 7.1. *Stornierung*
Im Fall der Stornierung bis zum Datum des Inkrafttretens der Versicherung einschließlich oder bis zum Tag der Abreise leistet der Versicherer eine Erstattung entsprechend der Art und Weise, in der die Bildungseinrichtung / der Praktikumsanbieter normalerweise eine Forderung stellen würde, wenn keine Versicherung bestehen würde, und diese Zahlung erfolgt für Stornierungskosten im Hinblick auf gezahlte Kursgebühren, Teilnahme- und Anmeldegebühren, im Voraus bezahlte Reise- und Unterbringungskosten, im Voraus bezahlte Miete für die Unterkunft und/oder Transferkosten beim Umzug. Erhaltene Rückerstattungen und alle Erträge aus der Übertragung der betreffenden Arrangements an Dritte zu einem unter Umständen niedrigeren Preis sind von der zu leistenden Erstattung abzuziehen.
- 7.2 *Versicherungsfälle*
Ein Anspruch auf Schadenersatz besteht ausschließlich infolge eines der folgenden Ereignisse:
- a. Tod, schwerwiegende Erkrankung oder schwerwiegende Unfallverletzung eines Versicherten, so dass die Studienreise / das Praktikum oder die Nutzung des gemieteten Objekts unmöglich wird oder eine vorzeitige Beendigung der Studienreise / des Praktikums oder des Aufenthalts zwingend notwendig wird;
 - b. Tod, schwerwiegende Erkrankung oder schwerwiegende Unfallverletzung von nahen Familienangehörigen des ersten oder zweiten Grades, die keine Mitreisenden sind, oder von Personen, mit denen der Versicherte in einer Familien- oder Lebensgemeinschaft zusammenlebt, so dass es für den Versicherten unzumutbar ist, die Studienreise anzutreten / das Praktikum zu absolvieren oder das gemietete Objekt zu nutzen oder eine vorzeitige Beendigung der Studienreise / des Praktikums oder des Aufenthalts zwingend notwendig wird;
 - c. Der Versicherte kann sich auf ärztlichen Rat hin einer Impfung nicht unterziehen, die seitens der Behörden für die Anreise zum Zielort der Studienreise / des Praktikums oder für den Aufenthalt dort erforderlich ist;
 - d. Entsprechende Schäden an Gegenständen aufgrund von Feuer, Explosion, Blitzeinschlag, Sturm oder Überschwemmung, die Auswirkungen auf das Eigentum des Versicherten oder der Organisation haben, bei der der Versicherte tätig ist oder die den Versicherten mit dem Einverständnis des Versicherten auf die Studienreise / zu dem Praktikum schickt, wenn dieses Ereignis oder diese Ereignisse die Anwesenheit des Versicherten dringend erfordern;
 - e. Eine unerwartete militärische Einberufung, die den Versicherten zur Ableistung seines Grundwehrdienstes oder als Reservisten zur wiederholten Übung beordert;
 - f. Im Zusammenhang mit dem geplanten Auslandsaufenthalt eines Versicherten gemeinsam mit seiner Familie: eine plötzliche schwerwiegende Erkrankung, eine schwerwiegende Unfallverletzung oder der Tod eines der Familienmitglieder, so dass es der Familie unmöglich ist, den Versicherten zu begleiten;

- g. Das Fehlen eines für die Studienreise / das Praktikum benötigten Privatfahrzeugs innerhalb von 30 Tagen vor dem Datum der geplanten Ankunft am Zielort aufgrund von Diebstahl, Feuer, Explosion oder sonstigen äußeren Gefahren;
- h. Schwerwiegende Schäden am Wohnsitz des Versicherten, der vorübergehenden Adresse oder der Adresse, an dem die Studienreise / das Praktikum durchgeführt wird, die eine Durchführung der geplanten Studienreise / des geplanten Praktikums unmöglich machen. In diesem Fall erfolgt die Erstattung nur für die im Voraus bezahlten / reservierten Fahrkarten und Tickets für die Reise mit dem Schiff, Flugzeug oder Zug.

7.3 *Verspätete Abreise*

Der Versicherer leistet eine Erstattung im Fall einer verspäteten Abreise eines Schiffes, Busses, Zugs oder Flugzeugs von mindestens 8 Stunden bei der Abreise aus dem Herkunftsland oder bei Ankunft am Reiseziel, die durch Faktoren verursacht wurde, die außerhalb der Kontrolle oder des Willens des Versicherten liegen, und erstattet für längstens drei Tage die zusätzlichen Reise- und Unterbringungskosten, die dem Versicherten entstehen.

7.4 *Unterbrechung*

Der Versicherer leistet eine anteilige Erstattung der Reisesumme / Miete für jeden Tag der Studienreise / des Praktikums, der aufgrund der vorzeitigen Heimreise des Versicherten oder eines Krankenhausaufenthalts, durch den sich die vorzeitige Heimreise verzögert, nicht wahrgenommen werden konnte, sofern das Hotel, die Bildungseinrichtung, der Anbieter des Praktikums, die Transportorganisation oder der Vermieter keine Rückerstattung geleistet haben.

Der Anspruch auf Erstattung besteht nur, wenn die Studienreise / das Praktikum oder der Aufenthalt infolge eines der in Absatz 7.2 dargelegten Ereignisse vorzeitig abgebrochen wird.

Krankenhausaufenthalte, durch die sich die vorzeitige Heimreise verzögert, sind Tage, in denen sich der Versicherte innerhalb des Zeitraums der Studienreise / des Praktikums / innerhalb des Mietzeitraums im Krankenhaus aufhält, und gelten als nicht wahrgenommene Tage der Studienreise / des Praktikums.

Eine anteilige Erstattung wird definiert als Erstattung aller nicht wahrgenommenen Tage im Verhältnis zu der Gesamtanzahl der Tage der Studienreise / des Praktikums / des Mietzeitraums.

Eine Kostenerstattung durch das Hotel, die Bildungseinrichtung, den Anbieter des Praktikums oder den Vermieter ist von der zu leistenden Erstattung abzuziehen.

7.5 *Wintersport*

Geht aus dem Versicherungszertifikat hervor, dass für die Risiken des Wintersports eine zusätzliche Prämie gezahlt wurde, und kehrt der Versicherte aufgrund eines Versicherungsfalls vorzeitig nach Hause zurück oder wird der Versicherte zurückgerufen, oder ist es aus medizinischen Gründen nicht möglich, im Voraus bezahlte Skistunden, Skipässe oder gemietete Skier zu nutzen, so erfolgt im Zusammenhang mit den damit verbundenen Kosten eine anteilige Erstattung aufgrund der Stornierung. Eine anteilige Erstattung wird definiert als Erstattung aller nicht wahrgenommenen Tage im Verhältnis zu der Gesamtanzahl der Tage, an denen der Unterricht stattgefunden hätte und der Skipass oder die gemieteten Skier genutzt worden wären.

Eine Kostenerstattung ist von der zu leistenden Erstattung abzuziehen.

7.6 *Versicherungssumme*

Die Versicherungshöchstsumme beläuft sich auf 1.200 EUR.

7.7 *Gültigkeit der Versicherung*

- a. Die Versicherung ist nur gültig, wenn sie innerhalb von 21 Tagen vor Buchung der Reise abgeschlossen wurde; bereits bezahlte Prämien für eine nicht gültige Stornierungskostenversicherung werden auf Antrag zurückerstattet.
- b. Eine Erstattung anderer Prämien als der im Zusammenhang mit der Stornierung der Studienreise / des Praktikums oder des Mietvertrags durch die Bildungseinrichtung, den Anbieter des Praktikums, die Transportorganisation oder den Vermieter ist ausgeschlossen.

7.8

Außerordentliche Pflichten

Abgesehen von den in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen dargelegten allgemeinen Pflichten gelten außerdem die folgenden Pflichten:

- a. Der Versicherte oder ein an dieser Versicherung Beteiligter ist verpflichtet, den Versicherer unverzüglich über Umstände in Kenntnis zu setzen, die zu einem Erstattungsanspruch im Sinne dieses Vertrags führen könnten.
- b. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, bei Forderung einer Erstattung im Sinne der Versicherungsbedingungen dem Versicherer auf Anforderung einen glaubwürdigen Beweis vorzulegen, und außerdem sind sie in jeder Hinsicht zu der umfassenden Kooperation verpflichtet, die der Versicherer nach den Kriterien von Vernunft und Billigkeit von ihnen fordern kann.
- c. Weiterhin sind sie verpflichtet, Belege für die Zahlung der Anmeldegebühren und/oder für die Zahlung der gesamten oder eines Teils der Reise- / Mietkosten vorzulegen.

KLAUSELBLATT TERRORISMUSDECKUNG

der Niederländische Rückversicherungsgesellschaft für Terrorismusrisiken (NHT)

1. DEFINITIONEN

Solange nichts anderes festgelegt ist, sind die folgenden Begriffe in diesem Klauselblatt und die darauf basierenden Bestimmungen jeweils wie folgt zu verstehen:

1.1 *Terrorismus*

Eine gewaltsame Handlung und/oder gewaltsames Verhalten - außerhalb des Umfangs einer der sechs Kriegsformen im Sinne von Artikel 64 Absatz 2 des niederländischen Gesetzes über die Aufsicht im Versicherungswesen von 1993 [Wet toezicht verzekeringbedrijf 1993] - in Form eines Angriffs oder einer Reihe von im Hinblick auf ihren zeitlichen Ablauf und ihre Intention zusammenhängenden Angriffen, die eine Verletzung und/oder Verschlechterung der Gesundheit, unabhängig davon, ob diese zum Tode führt, und/oder den Verlust oder die Beschädigung von Eigentum oder die sonstige Beeinträchtigung wirtschaftlicher Interessen bewirken kann, wobei es in diesem Fall wahrscheinlich ist, dass dieser Angriff oder diese Reihe von Angriffen - ungeachtet der Frage, ob sie im Rahmen einer Organisation erfolgen - geplant ist/sind und/oder zur Verfolgung bestimmter politischer und/oder religiöser und/oder ideologischer Ziele ausgeführt wird/werden.

1.2 *Böswillige Kontamination:*

Die (aktive oder passive) Verbreitung - außerhalb des Umfangs einer der sechs Kriegsformen im Sinne von Paragraph 64 Absatz 2 des niederländischen Gesetzes über die Aufsicht im Versicherungswesen von 1993 [Wet toezicht verzekeringbedrijf 1993] - von Krankheitskeimen und/oder Substanzen, die infolge ihrer (in)direkten physikalischen, biologischen, radioaktiven oder chemischen Wirkung eine Verletzung und/oder Verschlechterung der Gesundheit von Mensch oder Tier, unabhängig davon, ob diese zum Tode führt, und/oder den Verlust oder die Beschädigung von Eigentum oder die sonstige Beeinträchtigung wirtschaftlicher Interessen bewirken kann, wobei es in diesem Fall wahrscheinlich ist, dass diese (aktive oder passive) Verbreitung - ungeachtet der Frage, ob sie im Rahmen einer Organisation erfolgt - geplant ist und/oder zur Verfolgung bestimmter politischer und/oder religiöser und/oder ideologischer Ziele ausgeführt wird.

1.3 *Vorsichtsmaßnahmen:*

Alle von Behörden und/oder versicherten Parteien und/oder Dritten zur Abwendung von drohenden Terrorrisiken und/oder böswilliger Kontamination oder - wenn ein solches Risiko aufgetreten ist - zur Minimierung der Konsequenzen aus diesen ergriffenen Vorsichtsmaßnahmen.

1.4 *Niederländische Rückversicherungsgesellschaft für Terrorismusrisiken [Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V.] (NHT):*

Eine vom Verband der Versicherer in den Niederlanden gegründete Rückversicherungsgesellschaft, an die jede Schadenersatzhaftung im Rahmen jeglicher Versicherungsverträge abgetreten werden kann, die aus dem Auftreten von Risiken im Sinne der Absätze 1.1, 1.2 und 1.3 entstehen können.

1.5 *Versicherungsverträge:*

- a. Nicht-Lebensversicherungsverträge, soweit sie sich auf Risiken in den Niederlanden im Sinne der Bestimmungen in Artikel 1 Absatz 1 (o) des niederländischen Gesetzes über die Aufsicht im Versicherungswesen von 1993 beziehen.
- b. Lebensversicherungsverträge, soweit sie mit einem Versicherungsnehmer geschlossen werden, der seinen ständigen Wohnsitz in den Niederlanden hat, oder, falls der

Versicherungsnehmer eine juristische Person ist, soweit die Niederlassung der juristischen Person, auf die sich der Versicherungsvertrag bezieht, ihren eingetragenen Sitz in den Niederlanden hat.

- c. Sogenannte Funeral-in-kind-Versicherungen [Versicherungen, bei denen der Versicherer nicht nur die Kosten der Bestattung trägt, sondern sich auch um die Organisation der Bestattung kümmert], soweit sie mit einem Versicherungsnehmer geschlossen werden, der seinen ständigen Wohnsitz in den Niederlanden hat, oder, falls der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist, soweit die Niederlassung der juristischen Person, auf die sich der Versicherungsvertrag bezieht, ihren eingetragenen Sitz in den Niederlanden hat.

1.6 *In den Niederlanden befugte Versicherungsgesellschaften:*

- Anbieter von Nicht-Lebensversicherungen, Lebens- und Krankenversicherungen im Sinne von Artikel 12 des niederländischen Gesetzes über die Aufsicht im Versicherungswesen von 1993 und
- Anbieter von Funeral-in-kind-Versicherungen im Sinne von Artikel 7 des niederländischen Gesetzes über die Aufsicht in Bezug auf Funeral-in-kind-Versicherungen [Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf], die befugt sind, das Versicherungsgewerbe in den Niederlanden zu betreiben.

2. EINSCHRÄNKUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES FÜR TERRORISMUSRISIKEN

2.1 Falls und soweit im Rahmen der Beschreibungen in den Absätzen 1.1, 1.2 und 1.3 und innerhalb der Grenzen der zur Anwendung kommenden Versicherungsbedingungen Versicherungsschutz für die Folgen eines Ereignisses gewährt wird, das in einem (direkten oder indirekten) Zusammenhang steht mit:

- Terrorismus, böswilliger Kontamination oder Vorsichtsmaßnahmen,
- einer Handlung oder einem Verhalten, das zur Vorbereitung auf Terrorismus, böswillige Kontamination oder Vorsichtsmaßnahmen dient,

nachfolgend gemeinsam "das Terrorismusrisiko" genannt, ist die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung von Schadenersatz im Hinblick auf geltend gemachte Forderungen von Schadenersatz und/oder Leistungen auf die Höhe der Zahlung beschränkt, die der Versicherer im Hinblick auf diese Forderung im Rahmen der Rückversicherung des Terrorismusrisikos bei NHT erhält, und im Fall einer Versicherung mit Vermögensbildung erhöht sich diese Leistung um die Höhe der Vermögensbildung, die im Rahmen der betreffenden Versicherung realisiert wurde. Für Lebensversicherungen wird die Höhe der realisierten Vermögensbildung auf die Höhe der Prämienrücklage festgesetzt, die im Sinne des niederländischen Gesetzes über die Aufsicht im Versicherungswesen von 1993 im Hinblick auf die betreffende Versicherung aufrecht zu halten ist.

2.2 Die NHT gewährt Rückversicherungsschutz für die oben genannten Fälle bis zu einer maximalen Haftungshöhe von 1 Mrd. EUR für jedes Kalenderjahr. Die genannte Summe kann jährlich angepasst werden und gilt für alle der NHT angeschlossenen Versicherer zusammen. Eine Anpassung ist jeweils in drei nationalen Zeitungen bekannt zu geben.

2.3 Entgegen den Bestimmungen in den vorstehenden Absätzen dieser Klausel übersteigt die Deckungssumme im Rahmen dieses Vertrags für jede Versicherung für

- den Verlust oder die Beschädigung von Immobilien und/oder deren Inhalten;
- den Folgeschaden eines Verlustes oder einer Beschädigung von Immobilien und/oder deren Inhalten;

auf keinen Fall die Summe von 75 Mio. EUR für jeden einzelnen Versicherungsnehmer und jeden einzelnen versicherten Standort pro Jahr für alle beteiligten Versicherer zusammen im Sinne von Artikel 1, ungeachtet der Anzahl der ausgegebenen Policen.

Zur Anwendung dieses Absatzes ist ein versicherter Standort zu verstehen als: alle vom Versicherungsnehmer versicherten Gegenstände, die sich an der Adresse des Geländes befinden, für das die Versicherung gilt, sowie alle vom Versicherungsnehmer versicherten Gegenstände, die sich außerhalb der Adresse des Geländes befinden, für das die Versicherung gilt, und deren Nutzung und/oder Zweck im Zusammenhang mit den geschäftlichen Aktivitäten stehen, die an der Adresse des Geländes ausgeführt werden, für das die Versicherung gilt. Als versicherter Standort sind in jedem Fall alle vom Versicherungsnehmer versicherten Gegenstände zu erachten, die sich in einem Abstand von weniger als 50 Metern voneinander befinden, und von denen sich mindestens einer an der Adresse des Geländes befindet, für das die Versicherung gilt.

Zur Anwendung dieses Absatzes gilt im Hinblick auf juristische Personen, Gesellschaften und Personengesellschaften, die sich im Sinne von Buch 2 Absatz 24 (b) des niederländischen Bürgerlichen Gesetzbuches zu einer Gruppe zusammengeschlossen haben, dass alle zu dieser Gruppe gehörenden Gesellschaften als ein Versicherungsnehmer zu erachten sind, unabhängig davon, welche Gesellschaft(en) der Gruppe die Versicherung(en) abgeschlossen hat / haben.

3. NHT-SCHADENSREGULIERUNGSPROTOKOLL

- 3.1 Die Rückversicherung des Versicherers bei der NHT unterliegt dem Schadensregulierungsprotokoll (nachfolgend „das Protokoll“ genannt). Auf der Grundlage der Bestimmungen dieses Protokolls ist die NHT berechtigt, die Leistung von Entschädigungen oder die Zahlung der Versicherungssumme aufzuschieben, bis NHT in der Lage ist festzustellen, ob und in welcher Höhe NHT ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um alle Ansprüche, für die NHT in seiner Eigenschaft als Rückversicherer Versicherungsschutz bietet, vollständig zu regulieren. Sofern feststeht, dass NHT nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügt, ist NHT im Sinne der betreffenden Bestimmungen berechtigt, eine Teilentschädigung an den Versicherer zu zahlen.
- 3.2 Unter Berücksichtigung der Bestimmung 7 des Protokolls ist NHT befugt zu entscheiden, ob ein Ereignis, für das eine Schadenersatzforderung geltend gemacht worden ist, als Folge des Auftretens eines Terrorismusrisikos anzusehen ist. Jede diesbezüglich und im Sinne der vorstehend genannten Bestimmung von NHT getroffene Entscheidung ist bindend für den Versicherer, den Versicherungsnehmer, die versicherten Parteien und die entschädigungsberechtigten Parteien.
- 3.3 Der Versicherte oder die zahlungsberechtigte Partei sind erst berechtigt, gegenüber dem Versicherer Anspruch auf die in Absatz 3.1. genannte Zahlung zu erheben, wenn NHT den Versicherer über die Höhe informiert hat, die für jeden einzelnen Erstattungsanspruch, ggf. als Vorauszahlung, zu zahlen ist.
- 3.4 Die Rückversicherung durch NHT findet im Sinne von Bestimmung 17 des Schadensregulierungsprotokolls nur Anwendung auf Forderungen nach Schadenersatz und/oder Leistung, die innerhalb von zwei Jahren geltend gemacht werden, nachdem NHT festgestellt hat, dass ein bestimmtes Ereignis oder ein bestimmter Umstand als Auftreten eines Terrorismusrisikos im Sinne dieses Klauselblattes erachtet wird.