

IHI Student Travel

Exkl. Reisegepäck

Gültig ab 2007

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Gemäß dänischem Versicherungsvertragsgesetz.

- Art. 1 Beginn der Versicherung**
- Art. 2 Wo wird Versicherungsschutz geboten?**
- Art. 3 Was wird durch die Versicherung gedeckt??**
- Art. 4 Medizinische Kosten**
- Art. 5 Medizinische Evakuierung/Krankenrücktransport**
- Art. 6 Rückreise**
- Art. 7 Deckung der Kosten bei Rücktransport des Versicherten an den Heimatort aufgrund von Tod oder ernsthafter Erkrankung in der Familie**
- Art. 8 Deckung der Kosten einer Begleitperson oder eines herbeigerufenen Verwandten wegen Todes oder ernsthafter Erkrankung des Versicherten**
- Art. 9 Personenunfall**
- Art. 10 Vorbehalte in der Kostentrückerstattung**
- Art. 11 Vorgangsweise bei der Anzeige von Leistungsansprüchen**
- Art. 12 Deckung durch Dritte**
- Art. 13 Anzeigepflicht**
- Art. 14 Abtretung, Kündigung und Ablauf**
- Art. 15 Streitigkeiten, Gerichtsstand, etc.**

ART. 1 BEGINN DER VERSICHERUNG

1.1: Das Recht auf Begleichung von Leistungsansprüchen tritt mit dem Datum des Versicherungsbeginns in Kraft. Die Deckung tritt mit der Ausreise des Versicherten aus dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, in Kraft, und hat bei der Rückkehr in das Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, aufzuhören.

1.2: Die maximale Dauer einer Reise pro Person darf 24 Monate nicht überschreiten.

1.3: Wird die Versicherung zunächst für einen Zeitraum von weniger als 24 Monate abgeschlossen, kann der Versicherungszeitraum später verlängert werden. Im verlängerten Versicherungszeitraum sind jedoch jene Krankheiten oder Verletzungen nicht abgedeckt, die in einem vorhergehenden Versicherungszeitraum eingetreten sind, Symptome gezeigt haben oder diagnostiziert wurden.

ART. 2 WO WIRD VERSICHERUNGSSCHUTZ GEBOTEN?

2.1: Die Versicherung bietet weltweite Deckung.

2.2: Kein Versicherungsschutz besteht in dem Land, in welchem der Versicherte eine ständige Wohnadresse hat.

ART. 3 WAS WIRD DURCH DIE VERSICHERUNG GEDECKT?

3.1. Die Versicherung bietet Deckung für den Versicherten bei akuter Erkrankung und Verletzung bis zu dem in der Liste der Deckungsfälle und Leistungen aufgeführten Höchstbetrag.

3.2. Die Behandlungskosten durch verordnete Krankenhauseinweisung werden zu 100% bis zum aufgeführten Höchstbetrag vergütet.

3.3: Im Fall einer Behandlung in der Notaufnahme, die auch ambulant möglich gewesen wäre, wird die Erstattung um einen Zuzahlungsbetrag von USD 250 / EUR 200 pro Anspruchsfall gekürzt (sofern in Ihrer Police vorhanden).

3.4: Falls für ambulante Behandlungen durch einen Arzt / Spezialisten eine wahlweise Zuzahlung gewählt wurde, wird die Erstattung pro Anspruchsfall um diesen Betrag gekürzt.

ART. 4 MEDIZINISCHE KOSTEN

4.1: Die Versicherung bietet Deckung für den Versicherten bei akuter Erkrankung oder Verletzung.

4.2.: Die Behandlungskosten durch zugelassene Allgemein und Fachärzte sowie verordnete Krankenhauseinweisung, verschriebene Medizin und lokaler Krankenwagentransport vom und zum Behandlungsort werden bis zu dem in der Liste der Deckungsfälle und Leistungen aufgeführten Höchstbetrag erstattet.

4.3. Die Kosten provisorischer, schmerzstillender, zahnmedizinischer Behandlung durch einen anerkannten Zahnarzt und ärztlich verschriebene Medikamente in Verbindung hiermit werden höchstens bis zu dem in der Liste der Deckungsfälle und Leistungen aufgeführten Höchstbetrag erstattet.

4.4: Die Versicherung vergütet keinerlei Kosten für Behandlung von bereits bestehenden, chronischen oder wiederkehrenden Krankheiten wenn der Versicherte:

- a) innerhalb von 6 Monaten vor der Abreise und/oder vor dem Datum des Versicherungsbeginns, im Krankenhaus behandelt worden ist,
- b) innerhalb von 6 Monaten vor der Abreise und/oder vor dem Datum des Versicherungsbeginns, von einem Arzt behandelt worden ist (ausgenommen routinemässige Checkups),
- c) innerhalb von 6 Monaten vor der Abreise und/oder vor dem Datum des Versicherungsbeginns, Medikamentenänderung erfahren hat,
- d) keine medizinische Behandlung erhalten hat, Behandlung abgelehnt oder aufgegeben hat, obwohl der Versicherte hätte wissen müssen, dass die Krankheit behandelt hätte werden müssen oder dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat,
- e) aufgegeben worden ist oder für Behandlung abgelehnt worden ist,
- f) auf Behandlung wartet oder auf einen anderen Behandlungsort verwiesen worden ist,
- g) schon verabredeten Kontrollen unterlassen hat.

Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Kosten in Verbindung mit Kontrollen, Behandlungen oder Arzneimitteln bei Stabilisierung und Regulierung von bereits bestehenden chronischen oder wiederkehrenden Krankheiten verpflichtet. Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Behandlungen verpflichtet, die vor der Abreise zu erwarten waren.

4.5: Ärzte, Spezialisten, Zahnärzte usw., welche die Behandlung vornehmen, müssen in dem Land, in welchem die Behandlung vorgenommen wird, über eine entsprechende Approbation verfügen. Außerdem gilt dass die Behandlungsmethode von den Gesundheitsbehörden des betreffenden Landes, in welchem diese vorgenommen wird, anerkannt sein muss. Kosten in Verbindung mit Behandlungsmethoden, die im betreffenden Land Anwendung finden, und die von den öffentlichen Gesundheitsbehörden noch nicht anerkannt worden sind, die aber Gegenstand wissenschaftlicher Forschung sind, werden nur dann durch die Versicherung rückerstattet, wenn die Methoden im Voraus von den ärztlichen Ratgebern der Gesellschaft anerkannt geworden sind.

4.6: Die Gesellschaft kann einen Krankenrücktransport in das Land, in dem der Versicherte eine ständige Wohnadresse hat, für eine Behandlung fordern, wenn der Vertrauensarzt der Gesellschaft und der behandelnde Arzt sich darüber einigen, dass die Behandlung ausgesetzt werden kann bis der Versicherte in das Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, transportiert worden ist.

ART. 5 MEDIZINISCHE EVAKUIERUNG/ KRANKENRÜCKTRANSPORT

5.1: Bei Krankentransporten werden bei akuter ernsthafter Erkrankung, schwerer Verletzung oder Tod (vgl. Art. 4.4) angemessene zusätzliche Kosten übernommen.

5.2: Die Leistungen werden erbracht, sofern sich der behandelnde Arzt und der Vertrauensarzt der Gesellschaft über die Notwendigkeit des Krankentransports einig sind, und sofern sie sich darüber einigen, ob der Versicherte in das Land, in dem er seine ständige Wohnadresse hat oder an einen anderen angebrachten Behandlungsort überführt werden soll.

5.3: Pro Krankheitsfall werden nur die Kosten für einen einzigen Transport übernommen.

5.4: Obligatorische Vorkehrungen im Todesfall, wie Einbalsamierung und ein verzinkter Sarg sowie die Kosten für den Rücktransport ins Heimatland der verstorbenen Person werden übernommen. Die nächsten Angehörigen haben die folgenden Wahlmöglichkeiten:

- a) Einäscherung der verstorbenen Person und Transport der Urne ins Heimatland oder
- b) Transport der verstorbenen Person ins Heimatland.

Vergütet werden die entstandenen Kosten für 2 herbeigerufene Verwandte oder Mitreisende der verstorbenen Person. Die Kostenrückerstattung für die Rückreise entspricht maximal den Kosten eines Flugtickets in der Economyklasse.

5.5: Falls der Versicherte, wegen einer akuten Erkrankung, die durch die Versicherung gedeckt ist, die Reise nicht fortsetzen kann, dann werden zusätzliche und angemessene Reisekosten gedeckt, wenn der Versicherte wieder reisen kann, und wenn vor der Änderung der Reiseroute von der Firma akzeptiert.

5.6: Die Gesellschaft haftet nicht für Verspätungen oder Auflagen für den Transport, welche durch Wetterverhältnisse, mechanische Probleme, Auflagen der örtlichen Behörden, durch den Piloten oder durch andere Umstände entstehen, welche außerhalb des Einflussbereiches der Gesellschaft liegen.

ART. 6 RÜCKREISE

6.1: Die Versicherung hat eine Rückreise an den Bestimmungsort im Ausland zu decken, wenn der Versicherte wegen Erkrankung oder Verletzung für eine medizinische Behandlung evakuiert worden ist, oder wenn der Versicherte aufgrund von Tod oder ernsthafter Erkrankung in der Familie in das Heimatland rücktransportiert worden ist.

6.2: Das Ereignis, dass die Rückreise verursachte, soll durch die Versicherung gedeckt sein, und die Versicherung hat bei der Rückreise immer noch gültig zu sein.

6.3: Die Rückreise hat innerhalb von 2 Wochen nach der medizinischen Evakuierung und dem Krankenrücktransport oder nach dem Rücktransport in den Heimatort, aufgrund von Tod oder ernsthafter Erkrankung in der Familie, zu erfolgen.

6.4: Die Gesellschaft ist zur Kostenrückerstattung für die Rückreise verpflichtet, die den Kosten eines Flugtickets in der Economyklasse entspricht. Der Bestimmungsort der Rückreise soll immer der Bestimmungsort sein, wo der Versicherte nach seinem ursprünglichen Reiseplan zur Zeit der Rückreise gewesen wäre.

ART. 7 DECKUNG DER KOSTEN BEI RÜCKTRANSPORT DES VERSICHERTEN AN DEN HEIMATORT AUFGRUND VON TOD ODER ERNSTHAFTER ERKRANKUNG IN DER FAMILIE

7.1: Die Versicherung deckt in dem Fall, in dem der Versicherte seinen Auslandsaufenthalt vorzeitig abbrechen muss, weil ein naher Verwandter in dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, als Folge

einer schweren akuten Krankheit oder Verletzung, die nach der Abreise des Versicherten eingetroffen ist, ins Krankenhaus eingeliefert wird oder stirbt. Im Zweifelsfall wird die Entscheidung den Ärzten der Gesellschaft und, wenn nötig, dem behandelnden Arzt überlassen. Im Todesfall muss der Gesellschaft eine Sterbeurkunde zugehen. Als nahe verwandte Person gelten der/die an der gleichen Adresse wie der Versicherte wohnhafte Partner/Ehepartner, Kinder, Schwiegerkinder, Enkelkinder, Eltern, Grosseltern, Schwiegereltern und Geschwister.

7.2: Pro Krankheitsfall werden nur die Kosten für einen einzigen Transport übernommen.

7.3: Wenn es sich bei der betreffenden verletzten Person um eine mitreisende Person handelt, die bereits zurückgerufen worden ist, wird keine Erstattung geleistet.

7.4: Für die Kosten, die im Zusammenhang mit Rückruf an den Heimatort entstehen, besteht nur dann Deckung, wenn die sich daraus ergebende Ankunftszeit mindestens 12 Stunden vor der ursprünglich vorgesehenen Ankunftszeit des Versicherten liegt.

7.5: Erstattung wird für angemessene zusätzliche Reisekosten geleistet. Die Kostenrückerstattung für die Rückreise entspricht maximal den Kosten eines Flugtickets in der Economyklasse.

7.6: Der Versicherte ist berechtigt, bei einer Notfall-Rückführung in das Heimatland eine (1) Person als Begleitung mitzunehmen. In der Erstattung sind zusätzliche Reisekosten in einer den Kosten eines Flugs in der Economy-Klasse entsprechenden Maximalhöhe enthalten.

ART. 8 DECKUNG DER KOSTEN EINER BEGLEITPERSON ODER EINES HERBEIGERUFENEN VERWANDTEN WEGEN TODES ODER ERNSTHAFTER ERKRANKUNG DES VERSICHERTEN

8.1: Bei ernsthafter, akuter Erkrankung, ernsthaften Verletzungen, medizinischer Evakuierung, Krankenrücktransport und/oder im Todesfall werden die Kosten für die Beförderung der beiden herbeigerufenen Personen oder der beiden Mitreisenden rückerstattet; Voraussetzung dafür ist, dass der Vertrauensarzt der Gesellschaft und der behandelnde Arzt der Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes von mindestens 5 Tagen beipflichten oder dass der Zustand des Versicherten lebensgefährlich ist.

8.2: Der Versicherte ist dazu berechtigt, sich von bis zu 2 Personen begleiten zu lassen. Die Begleitpersonen dürfen entweder Mitreisende oder Verwandte sein, die aus dem Land, in dem der Versicherte seine ständige Wohnadresse hat, herbeigerufen werden, um den Versicherten zubegeleiten.

8.3: Die Gesellschaft vergütet die zusätzliche Reisekosten, die einem Rückflugticket der Economyklasse pro herbeigerufene Person entsprechen. Die Rückerstattung im Zusammenhang mit der Unterbringung, der Verpflegung und dem lokalen Transport der begleitenden Personen beträgt höchstens USD 300/EUR 250/CHF 400/GBP 165 pro Tag und pro herbeigerufene oder mitreisende Person.

8.4: Die Versicherung bietet nur einmal Deckung für einen im Notfall herbeigerufenen Verwandten in Verbindung mit einem Versicherungsereignis.

ART. 9 PERSONENUNFALL

9.1: Wenn der Versicherungsnehmer die Deckung für Personenunfall hat, wird die Gesellschaft eine Vergütung im Falle eines Unfalls bezahlen, der direkt und ohne Einfluss einer Krankheit den Tod des Versicherten oder den Verlust eines Glieds, den Verlust der Sehkraft, den Verlust der Extremitäten oder permanente, totale Invalidität verursacht.

9.1.1: Ein Unfall wird im Untenstehenden definiert:

Ein zufälliges Ereignis, das ohne Absicht des Versicherten entsteht und welches einen plötzlichen, externen und tätlichen Einfluss auf den Körper hat, woraus nachweisbarer, körperlicher Schaden folgt.

9.2: Vorbehalte in der Vergütung:

a) jede Krankheit oder bereits bestehender medizinischer Zustand, auch wenn die Krankheit oder der Zustand durch den Unfall wiederkehrt oder verschlechtert worden ist,

b) jeder Unfall von einer Krankheit verursacht,

c) alle verschlimmerten Folgen eines Unfalls wegen eines bereits bestehenden Zustandes oder jede unvorhergesehene nachträglich zugezogene Krankheit,

d) alle Folgen von medizinischer Behandlung, die nicht durch einen Unfall hervorgerufen worden sind, der von der Versicherung gedeckt wurde,

e) wenn der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht hat, ist die Vergütung im Todesfall auf USD 3.000/EUR 2.500/CHF 4.000/GBP 1.700 begrenzt,

f) wenn der Versicherte das 75. Lebensjahr erreicht hat, ist die Vergütung im Todesfall oder Invalidität auf 50% der Versicherungssumme begrenzt.

9.3: Vergütung im Todesfall wird zu 100% der Versicherungssumme zahlbar, wenn der Tod des Versicherten binnen einem Jahr nach dem Unfall eine direkte Folge des Unfalls ist.

Die Versicherungssumme soll an die nächsten Verwandten bezahlt werden, die als Gatte/Gattin des/der Versicherten definiert werden, oder, wenn der/die Versicherte keinen Gatte/keine Gattin hinterlässt, an die Kinder des/der Versicherten, oder im Falle von Nichtvorhandensein von Kindern, an den Partner/die Partnerin, vorausgesetzt, dass dieser Partner/diese Partnerin unter derselben Adresse, wie der des/der Versicherten seit mindestens 2 Jahren registriert ist, oder im Falle von Nichtvorhandensein eines Partners/einer Partnerin, an die Begünstigten, es sei denn, dass die Gesellschaft schriftliche Anweisungen über das Gegenteil erhalten hat. Sollte eine Vergütung im Falle von Invalidität als eine Folge eines Unfalls ausbezahlt worden sein, ist der zahlbare Rückerstattungsbetrag die Differenz zwischen den

Leistungen in Verbindung mit einem Todesfall und dem schon bezahlten Betrag.

9.4: Vergütung im Falle von Verlust eines Glieds, Verlust der Sehkraft, Verlust der Extremitäten oder im Falle permanenter, totaler Invalidität wird zahlbar, vorausgesetzt, dass die Verletzung die Invalidität des Versicherten binnen einem Jahr nach dem Unfall zur Folge hat.

a) Verlust eines Glieds soll Verlust durch Abtrennung oder der totale und unersetzbare Verlust des Gebrauchs einer Hand sein oder über dem Handgelenk oder des Fußes an oder über dem Knöchel sein. Vergütung soll zu 100% der Versicherungssumme erfolgen.

b) Verlust der Sehkraft soll Verlust der Sehkraft eines Auges oder beider Augen sein, und soll als vollständig und unersetzbar von einem zugelassenen Augenspezialisten bestätigt worden sein und von der Gesellschaft genehmigt worden sein. Im Falle von Verlust der Sehkraft eines Auges, erfolgt die Vergütung zu 50% der Versicherungssumme.

Im Falle von Verlust der Sehkraft beider Augen, erfolgt die Vergütung zu 100% der Versicherungssumme.

c) Verlust der Extremitäten soll die permanente, physische Abtrennung oder der totale und unersetzbare Verlust des Gebrauchs eines Digitus oder eines Teils hiervon oder eines Ohres, der Nase oder des Geschlechtsorgans oder eines Teils hiervon sein. Die Vergütung erfolgt zu 25% der Versicherungssumme.

d) Permanente, totale Invalidität soll Invalidität sein, welche den Versicherten unvermeidlich und andauernd arbeitsunfähig macht und ihn verhindert jeden Bereich seiner gewöhnlichen Geschäfte oder seiner gewöhnlichen Erwerbstätigkeit für eine Periode von 12 Monaten auszuführen, und am Ende einer solchen Periode von 2 zugelassenen und von der Gesellschaft genehmigten Ärzten als ohne Hoffnung auf Verbesserung bestätigt ist. Wenn der Versicherte keine Geschäfte oder Erwerbstätigkeit hat, soll die Invalidität ihn sofort und andauernd auf sein Haus begrenzen und ihn verhindern, seine gewöhnlichen Pflichten zu erledigen. Die Vergütung erfolgt zu 100% der Versicherungssumme.

9.5: Der Versicherte soll in medizinischer Behandlung sein und den Vorschriften des Arztes nachkommen.

9.6: Die Gesellschaft ist befugt Auskünfte von jedem Arzt einzuholen, der den Versicherten behandelt oder behandelt hat, den Versicherten zu einer Behandlung bei einem von der Gesellschaft gewählten Arzt zu unterziehen und, im Todesfall, eine Obduktion zu verlangen.

ART. 10 VORBEHALTE IN DER KOSTENRÜCKERSTATTUNG

10.1: Die Gesellschaft ist nicht zur Rückerstattung von Kosten verpflichtet, welche die folgenden Umstände betreffen oder aus ihnen resultieren:

a) Tod, Krankheiten, Verletzungen, körperliche Gebrechen oder physische Behinderungen

sowie Folgen daraus, die bereits vorhanden waren, oder Symptome gezeigt haben, vor jeder Auslandsreise (vgl. Art. 4.4),

b) plastische Chirurgie und Behandlung sowie Folgen hiervon, außer wenn sie ärztlich verschrieben und von der Gesellschaft genehmigt ist,

c) Rekreativbehandlung,

d) bereits bestehende Zahnkrankheiten und zahnmedizinische Behandlungen, die nicht provisorisch und schmerzstillend sind und bis zur Rückkehr warten können,

e) Zahnprothese,

f) Geschlechtskrankheiten, AIDS, in Verbindung mit AIDS und HIVAntikörpern (HIVpositiv)

auf tretende Krankheiten,

g) Geburtshilfe und ärztlicher Beistand, der nach der 36. Woche der Schwangerschaft entstehen oder auch nach der

18. Woche der Schwangerschaft, wenn die Schwangerschaft das Resultat einer Fertilitätsbehandlung ist, und/oder die Versicherte mehr als ein Kind erwartet,

h) nicht ärztlich verordnete, herbeigeführte Abtreibung,

i) Missbrauch von Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten,

j) absichtliche, selbst verursachte körperliche Verletzungen,

k) Behandlungen durch Naturheilkunde, Naturpräparate und andere alternative Behandlungsmethoden,

l) Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen, welche unmittelbar oder

mittelbar durch aktive Teilnahme an Krieg, Invasion, Feindesaktivitäten, feindseligen Aktivitäten (unabhängig vom Vorliegen einer Kriegserklärung), Bürgerkrieg, terroristischen Aktivitäten, Rebellionen, Revolution, Aufständen,

Bürgerunruhen, militärisch oder widerrechtlich angeeigneter Macht, Kriegsrecht, Aufständen oder Aktivitäten einer rechtlich befugten Autorität oder von Heer, Marine oder Luftwaffe (unabhängig vom Vorliegen einer Kriegserklärung),

m) Nuklearreaktionen und radioaktive Niederschläge,

n) Behandlungen, welche durch den Versicherte selbst, ihren Ehepartner, Eltern, Kinder oder durch ein Unternehmen, welches einer der hier aufgeführten Personen gehört, durchgeführt werden,

o) Epidemien, die unter staatliche Aufsicht gestellt worden sind,

p) Behandlung durch einen Psychologen, es sei denn, dass sie durch einen zugelassenen Arzt in Verbindung mit akuter Linderung verschrieben worden ist,

q) Routinemäßige Checkups, Impfungen und andere vorbeugende Behandlungen,

r) Widerstand der versicherten Person gegenüber den durch den Vertrauensarzt der Gesellschaft erteilten ärztlichen Anordnungen oder Nichtbefolgung solcher Anordnungen,

s) Verweigerung eines Krankenrücktransportes durch die versicherte Person

(vgl. Art. 6.7),

t) Transport, der von der Gesellschaft nicht arrangiert worden ist. Transportkosten, die dem Betrag entsprechen, den die Gesellschaft vergüten würde, wenn sie Bescheid darüber bekommen hätte, werden jedoch vergütet,

u) medizinische Behandlung und Untersuchungen, die warten können, bis der Versicherte wieder zu Hause ist,

v) Einzelzimmer im Krankenhaus, außer wenn es ärztlich verschrieben und von der Gesellschaft genehmigt ist,

x) jede Behandlung, die nicht notwendig ist oder die sich nicht direkt auf die Diagnosen, die durch die Versicherung gedeckt sind, bezieht.

y) aktive Teilnahme an einer Motorsportshow, einem Rennen oder einer Konkurrenz,

z) eine Krankheit oder Verletzung durch Teilnahme an einer strafbaren Handlung verursacht.

10.2: Kosten, die während Reisen entstehen, über die die Gesellschaft nicht vor der Abreise der Versicherten informiert worden ist, werden nicht durch die Versicherung gedeckt.

ART. 11 VORGANGSWEISE BEI DER ANZEIGE VON LEISTUNGSANSPRÜCHEN

11.1: Jeder Leistungsanspruch auf Rückerstattung ist der Gesellschaft durch Zustellung eines vollständig ausgefüllten Anspruchsanmeldungsformulars zusammen mit den Originalrechnungen mit spezifizierter Kostenaufstellung und Quittung und/oder weiterer relevanter Dokumentation wie medizinischen Information und Flugtickets/Reisedokumenten anzuzeigen.

Die Originalrechnungen werden vom Unternehmen bei Eingang gescannt. Eine Rückgabe der Originalrechnung an den Versicherten ist nicht möglich. Die gescannte und mit dem Stempel 'Certified as a true Copy' versehene Rechnung stellt das Original dar.

11.2: Auf keinen Fall wird die Kostenrückerstattung, den auf der Rechnung des Leistungsbringers aufgeführten Gesamtbetrag übersteigen. Sollte der Versicherte durch die Gesellschaft eine höhere Kostenrückerstattung erhalten haben als ihr zusteht, so ist der Versicherte dazu verpflichtet, den übersteigenden Betrag umgehend zurückzuerstatten. Eventuelle spätere Zahlungen der Gesellschaft werden zuerst mit ausstehenden Leistungsansprüchen verrechnet.

11.3: Kostenrückerstattungen sind auf ortsübliche, branchenübliche und angemessene Kostensätze in dem Land beschränkt, in welchem die Behandlung erfolgt.

11.4: Die Gesellschaft ist umgehend von Krankenhausaufenthalt, Todesfall, Krankenrücktransport, medizinische Evakuierung oder Begleitung in Kenntnis zu setzen, wobei diese Benachrichtigung unbedingt die ärztliche Diagnose enthalten muss. Alle solche Benachrichtigungen müssen per Telefon oder Email an unseren 24Stunden Notdienst gerichtet werden; die Gesellschaft übernimmt die Kosten, die mit der Benachrichtigung verbundenen sind. Alle solche Benachrichtigungen müssen per

Telefon oder Email an unseren 24Stunden Notdienst gerichtet werden; die Gesellschaft übernimmt die Kosten, die mit der Benachrichtigung verbundenen sind.

11.5: Leistungsansprüche müssen der Gesellschaft umgehend und spätestens 30 Tage nach dem Ablauf der Versicherung mitgeteilt werden.

11.6: Beschwerden bezüglich der Behandlung von Leistungsansprüchen durch die Gesellschaft sind spätestens 30 Tage nach Erhalt der Kostenrückerstattung schriftlich bei der Gesellschaft einzureichen.

ART. 12 DECKUNG DURCH DRITTE

12.1: Falls Deckung einer zweiten Versicherungspolice oder Krankenkasse besteht, soll dies der Gesellschaft in Verbindung mit Ersuchung einer Rückerstattung unterbreitet werden.

12.2: Unter diesen Umständen wird die Gesellschaft Zahlungen mit anderen Gesellschaften koordinieren, und die Gesellschaft wird nicht für mehr als ihren verhältnismäßigen Umfang haften.

12.3: Falls Rechnungen ganz oder teilweise von einer Ordnung, einem Plan oder ähnliches einer Institution gedeckt worden sind, haftet die Gesellschaft nicht für den gedeckten Betrag.

12.4: Der Versicherungsnehmer und versicherte Personen sind verpflichtet mit der Gesellschaft zusammen zu arbeiten und die Gesellschaft umgehend im Falle einer Rückerstattung oder Klagebefugnis durch Dritte zu benachrichtigen.

12.5: Weiterhin sollen der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen die Gesellschaft völlig benachrichtigen und alle notwendige Vorkehrungen treffen, falls sie in Verbindung mit einer Rückerstattung Anspruch an eine andere Partei stellen, und die Interessen der Gesellschaft wahrnehmen.

12.6: Auf jeden Fall soll die Gesellschaft den vollen Anspruch auf Ersetzung haben.

ART. 13 ANZEIGEPFLICHT

13.1: Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte sind verpflichtet, die Gesellschaft über jede Reise oder anderen bestehenden Krankenversicherungsschutz oder sonstigen ähnlichen Versicherungsschutz bei einer anderen Gesellschaft in Kenntnis zu setzen.

13.2: Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte sind zudem dazu verpflichtet, der Gesellschaft über alle verfügbaren Auskünfte zu informieren und der Gesellschaft alle verfügbaren Auskünfte zu erteilen, welche die Gesellschaft für die Bearbeitung der Leistungsansprüche des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten gegenüber der Gesellschaft benötigt.

13.3: zudem ist die Gesellschaft berechtigt, Auskünfte über den Gesundheitszustand des Versicherten zu verlangen und sich diesbezüglich mit Krankenhäusern, Ärzten etc., welche gegenwärtig oder in der Vergangenheit den Versicherten für körperliche oder geistige Krankheiten oder Gebrechen behandeln oder behandelt haben, in Verbindung zu setzen. Weiterhin ist die Gesellschaft berechtigt, Einblick in die Krankengeschichte

oder in schriftliche Berichte betreffend des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verlangen.

ART. 14 ABTRETUNG, KÜNDIGUNG UND ABLAUF

14.1: Ohne das vorherige schriftliche Einverständnis der Gesellschaft ist keine Partei dazu berechtigt, ihre gemäß der Versicherung bestehenden Rechte zu verpfänden oder zu übertragen.

14.2: Die Haftung der Gesellschaft erlischt automatisch mit dem Ablauf der Versicherungsdauer. Nach Ablauf der Versicherung endet der Leistungsanspruch.

14.3: Die Versicherungsdauer kann bis zu 48 Stunden ohne zusätzliche Beitragszahlung verlängert werden, wenn die Rückkehr des Versicherten verzögert, ohne dass diese für die Verzögerung verantwortlich ist.

14.4: Falls der Versicherungsnehmer oder der Versicherte beim Abschluss der Versicherungspolice oder zu einem späteren Zeitpunkt auf betrügerischer Weise falsche Angaben gemacht oder Tatsachen verschwiegen hat, welche für die Gesellschaft als wichtig erachtet werden können, wird der Versicherungsvertrag annulliert, womit er für die Gesellschaft nicht mehr bindend ist.

ART. 15 STREITIGKEITEN, GERICHTSSTAND, ETC.

15.1: Eventuelle Streitigkeiten resultierend aus oder in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag werden nach dänischem Recht entschieden. Der Gerichtsstand ist Kopenhagen. Die Gesellschaft untersteht dem Ankenævnet for Forsikring, Anker Heegaards Gade 2, 1572 Kopenhagen V, Dänemark (Der Beschwerdeausschuss für Versicherung).

Gültig ab 2007

Irrtum vorbehalten.

International Health Insurance Danmark a/s

Dänemark Kopenhagen
Hauptsitz
Palaegade 8
DK1261
Kopenhagen K
Dänemark
Öffnungszeiten für telefonische Auskünfte:
08:00 – 22:00 (MEZ) an allen Werktagen.
Tel: +45 33 15 30 99
Fax: +45 33 32 25 60
Email:
ihi@ihi.com

IHI Assist
(Stundennotdienst)
Telefon: +45 33 15 33 00
E-Mail: assist@ihi.com
www.ihi.com

Reg. No. CVR 88076516

International Health Insurance danmark a/s versichert seit mehr als 30 Jahren Menschen aller Nationalitäten. Unseren Versicherungsnehmern wird durch die solide finanzielle Position der Gesellschaft und die strengen Auflagen des dänischen Versicherungsrechts und der europäischen Aufsichtsbehörden der bestmögliche Versicherungsschutz gewährleistet.