Bestens informiert.

BusinessCard
Versicherungsbedingungen.

apoBank

Bank der Gesundheit

Versicherungsbedingungen der Inter Partner Assistance S.A., Direktion für Deutschland in Verbindung mit der BusinessCard Classic der DZ BANK (Stand 2022)

Inhaltsverzeichnis

Teil A:	Allgemeine Versicherungsbedingungen	4
Teil B:	Besondere Versicherungsbedingungen	15
	Auslandsreisekrankenversicherung	15
	Auslandsreise-Unfallversicherung	25
Teil C:	Definitionen	30
Service-/Notruf-Karte		35

Hinweis:
Zur besseren Lesbarkeit wird in den folgenden Ausführungen auf die explizite Nennung der weiblichen Form verzichtet.

Die nachfolgenden Versicherungsbedingungen sind wichtige Unterlagen für Sie als Karteninhaber einer BusinessCard Classic. Sie sollen verständlich machen, wie der Versicherungsschutz gestaltet ist und was von Ihnen beachtet werden muss, damit Sie in den Genuss der Versicherungsleistungen kommen. Bitte bewahren sie dieses Dokument sorgfältig auf.

Ihr Versicherungsschutz ist Bestandteil eines Gruppenversicherungsvertrages zwischen der DZ BANK AG (nachfolgend DZ BANK genannt), Platz der Republik, 60265 Frankfurt am Main und der Inter Partner Assistance S.A., Direktion für Deutschland, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln (nachfolgend Versicherer genannt). Schenken Sie bitte insbesondere den unter Teil A „Allgemeine Versicherungsbedingungen“ aufgeführten

Regelungen Ihre Aufmerksamkeit, um eventuellen Missverständnissen über Ihren Versicherungsschutz vorzubeugen.

Beauftragt mit der Abwicklung der Assistance- und Versicherungsleistungen sind:

AXA Assistance Deutschland GmbH
Colonia-Allee 10-20
51067 Köln

und

Inter Partner Assistance Service GmbH
Große Scharrnstraße 36
D-15230 Frankfurt (Oder)

Beide nachfolgend Assistance genannt.

Für Sie als Karteninhaber der Firmenkreditkarte ist die AXA Assistance direkter Ansprechpartner für alle Anfragen zu Geltendmachung von Assistance-Leistungen und Versicherungsansprüchen. Der Versicherer erklärt, dass er sich in jeder Form gegenüber der AXA Assistance Deutschland GmbH und der Inter Partner Assistance Service GmbH abgegebene Erklärungen zurechnen lässt.

Die Erbringung der Leistungen sollte vorab mit der ganzjährig – 24 Stunden am Tag – erreichbaren Notrufzentrale unter der nachfolgend genannten Telefonnummer abgestimmt werden. Die Rechte und Pflichten der Karteninhaber sind überall dort geregelt, wo sich der Text direkt an den „Karteninhaber“ oder an die „versicherte Person“ wendet.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen!

Teil A: Allgemeine Versicherungsbedingungen

Bei Fragen zu den einzelnen Versicherungsleistungen, zum Umfang des Versicherungsschutzes sowie im Schadensfall selbst, wenden Sie sich bitte direkt an unsere Service-Hotline, die Sie an 365 Tagen im Jahr – 24 Stunden am Tag – erreichen:

Telefonnummer: **+49 (0) 69 7447 92500** oder per E-Mail: **firmenkreditkarte@axa-assistance.de**

§ 1 Informationen zum Versicherer

Sitz des Versicherers Inter Partner Assistance S.A., Direktion für Deutschland, ist die Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln. Die Handelsregisternummer ist HRB 89 668 am Amtsgericht Köln. Hauptsitz der Gesellschaft ist Brüssel (B-1050) unter der Rechtsform S.A. (Société Anonyme/Aktiengesellschaft).

Ladungsfähige Anschrift:
Inter Partner Assistance S.A., Direktion für Deutschland, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln.

Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

§ 2 Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 3 Vertragssprache

Die Vertragsbedingungen und Informationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt. Während der Laufzeit des Vertrages erfolgt die Kommunikation ausnahmslos in deutscher Sprache.

§ 4 Vertragsgegenstand

Gegenstand des Vertrages ist der in den nachfolgend aufgeführten Abschnitten beschriebene Versicherungsschutz für den Karteninhaber.

Der Versicherungsschutz besteht für Karteninhaber einer BusinessCard Classic für versicherte Ereignisse gemäß Teil B Punkt 1 und 2 „Besonderer Teil der Versicherungsbedingungen“.

§ 5 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

5.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem wirksamen Zustandekommen des Kreditkartenvertrages und endet zum Zeitpunkt der Beendigung des Kreditkartenvertrages.

5.2 Bei unterjähriger Kündigung der Kreditkarte erlischt der Versicherungsschutz zum Monatsende des Kündigungsmonats.

5.3 Versicherungsschutz besteht, sofern die in Anspruch genommene Dienstleistung vollständig mit der Kreditkarte bezahlt wurde (soweit relevant).

5.4 Der Versicherungsschutz wird auch dann aktiviert, wenn die Zahlung über einen Internet-Zahlungsdienstleister mit Belastung der Kreditkarte erfolgt ist.

§ 6 Begrenzung der Leistungen

6.1 Hat ein Kreditkarteninhaber mehrere Kreditkarten, kann die Leistung immer nur aus einer Karte geltend gemacht werden und nicht aus mehreren zeitgleich. Die Versicherungsleistungen aus verschiedenen Kreditkarten addieren sich in keinem Fall.

6.2 Ergeben sich aus einem Versicherungsfall theoretisch gleichartige Ansprüche aus mehreren der in den Besonderen Versicherungsbedingungen genannten Versicherungsleistungen, so wird die Leistung einmalig maximal in der Höhe der höchsten Leistung erbracht. Die Versicherungsleistungen addieren sich nicht.

§ 7 Versicherte Person

Versicherte Person ist der Karteninhaber einer BusinessCard Classic, sofern in den Besonderen Versicherungsbedingungen nichts anderes geregelt.

Weitere Angestellte desselben Unternehmens, sofern sie mit dem Karteninhaber die Reise gemeinsam buchen und durchführen, aber nicht mehr als fünf Personen inklusive dem Karteninhaber. Sollten mehr als fünf Personen inklusive dem Karteninhaber reisen, gelten die auf der Reisebestätigung erstgenannten Nichtfamilienangehörigen als mitbegünstigt, bis die Gesamtzahl von fünf Reisenden erreicht wird.

Wenn die reisende Person Inhaber einer BusinessCard Classic ist, aber nicht für die Buchung der Reise verantwortlich ist, so kann die Buchung der Reise auch über die BusinessCard Classic eines Teammitglieds erfolgen. Im Schadenfall müssen beide Kreditkartennummern (die der Reisenden und die der buchenden Person) angegeben, sowie eine kurze Erklärung des Sachverhalts und ein formloser Nachweis der Teamzugehörigkeit erbracht werden.

§ 8 Subsidiarität

Die vorliegenden Versicherungsleistungen gelten subsidiär, d. h., Voraussetzung für die Erbringung einer Leistung ist, dass ein Dritter (z. B. ein anderer Versicherer oder staatlicher Leistungsträger)

- nicht zur Leistung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung erbrachte, diese aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht hat.

Ein Anspruch auf Leistungen im Rahmen der in diesen Versicherungsbedingungen genannten Versicherungs- und Assistance-Bausteinen besteht somit nicht, soweit die versicherte Person Ersatz aus einem konkurrierenden, anderen, eigenen oder fremden, vor oder nach Abschluss dieses Vertrages geschlossenen Versicherungsvertrag beanspruchen kann.

Dies gilt auch dann, wenn diese Verträge ihrerseits eine Subsidiaritätsklausel enthalten sollten. Im Hinblick auf diese Versicherungsverträge gilt die vorliegende Versicherung als die speziellere Versicherung. Bestreitet der andere Versicherer schriftlich

seine Eintrittspflicht, so erfolgt insoweit jedoch eine Vorleistung im Rahmen dieses Vertrages. Der Karteninhaber hat alles ihm Mögliche und Zumutbare zu unternehmen, um dazu beizutragen, dass die Ansprüche gegen andere Versicherer verfolgt werden können. Die Vorschriften über den gesetzlichen Forderungsübergang bleiben unberührt.

§ 9 Voraussetzungen für die Versicherungsleistung

9.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles:

a) den Schaden der Service- und Notrufzentrale der AXA Assistance unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern), spätestens jedoch innerhalb von 30 Tagen ab dem Schadenszeitpunkt anzuzeigen und

b) der Assistance jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen, ggf. behandelnde Ärzte und andere Versicherer von ihrer Schweigepflicht zu entbinden sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen. Im Falle, dass die versicherte Person selbst verstorben ist, gehen die Rechte und Pflichten auf die Erben der versicherten Person über.

9.2 Kommt die versicherte Person diesen Verpflichtungen nicht nach, ist die Leistung des Versicherers ausgeschlossen.

§ 10 Allgemeine Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

10.1 Die versicherte Person hat nach Eintritt des Versicherungsfalles den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte (Schadenminderungspflicht) sowie bei einer geschäftsbedingten Reise einen Nachweis (z. B. Termin-/Auftragsbestätigung oder ggf. Arbeitgeberbestätigung) zu erbringen.

10.2 Die Nachweisführung über verwandtschaftliche Verhältnisse oder das Bestehen einer Ehe-/Lebensgemeinschaft hinsichtlich der mitversicherten Personen obliegt dem Karteninhaber.

Hinweis: Darüber hinaus sind die jeweiligen besonderen Obliegenheiten zu den im Teil B genannten Versicherungen zu beachten.

§ 11 Leistungsfreiheit bei Obliegenheitsverletzungen

11.1 Verletzt die versicherte Person eine der oben genannten Obliegenheiten vorsätzlich, so ist der Versicherer (mit der in § 28 Abs. 2-4 Versicherungsvertragsgesetz vorgeschriebenen Einschränkung) von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat die versicherte Person zu beweisen.

11.2 Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung ist der Versicherer jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

11.3 Verletzt die versicherte Person eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, ist der Versicherer nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn er die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

11.4 Der Versicherer wird ferner von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die versicherte Person arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind, oder aus Anlass des Versicherungsfalles, insbesondere in der Schadensanzeige, vorsätzlich

oder arglistig unwahre Angaben macht, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Bei Vorsatz bleibt der Versicherer insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung des Versicherers gehabt hat.

§ 12 Anzeigen und Willenserklärungen

Anzeigen und Willenserklärungen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform und sind an folgende Adresse zu richten:

AXA Assistance Deutschland GmbH
Postfach 1584
15205 Frankfurt (Oder)

oder per E-Mail an
firmenkreditkarte@axa-assistance.de.

Die Assistance ist von dem Versicherer zur Entgegennahme und zur Abgabe von Willenserklärungen bevollmächtigt.

§ 13 Allgemeine Einschränkungen/Ausschluss des Versicherungsschutzes

13.1 Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Krieg, Bürgerkrieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Terroranschläge, Asbest, Streik, Kernenergie und Strahlenenergie, Naturkatastrophen, Erdbeben, Beschlagnahme, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand. Ausgeschlossen sind zudem Schäden jeder Art, die direkt oder indirekt durch Terrorakte verursacht worden sind. Terrorakte sind jegliche Handlungen von Personen und Personengruppen zur Erreichung politischer, religiöser, ethnischer oder ideologischer Ziele, die geeignet sind, Angst und Schrecken in der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder staatliche Einrichtung Einfluss zu nehmen. Ausgeschlossen sind auch Schäden oder Kosten, die das Benutzen von nuklearen, chemischen, oder biologischen Massenvernich-

tungswaffen mit sich bringen, wie auch immer diese in Umlauf gebracht oder kombiniert werden und unabhängig von anderen Ursachen oder Ereignissen, die gleichzeitig oder in anderer zeitlicher Reihenfolge zu diesem Schaden oder diesen Kosten beitragen. Es wird jedoch Versicherungsschutz gewährt und Service geboten, wenn das Ereignis unerwartet nach dem Antritt einer Reise auftritt. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn des Ereignisses. Ausgeschlossen ist weiterhin jegliche aktive Teilnahme an einem der Ereignisse.

13.2 Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika im Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

13.3 Es wird ferner kein Versicherungsschutz gewährt für Schäden, die durch die versicherte Person durch oder während der vorsätzlichen Ausführung einer Straftat oder des vorsätzlichen Versuches einer Straftat verursacht werden.

13.4 Ausgeschlossen ist der Versicherungsschutz zudem für folgende Ereignisse, Krankheiten oder Unfälle:

a) durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, Schlaganfälle, Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen, sowie durch krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen;

b) in ursächlichem Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeuges und beim Fallschirmspringen. Versicherungsschutz besteht jedoch als Fluggast eines Luftfahrtunternehmens zur Personenbeförderung;

c) bei der Ausübung von Motorsportrennen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

d) bei der Ausübung von Extremsportarten (hierzu zählen insbesondere Rafting, Freeclimbing, Canyoning, Abseilaktionen und Höhlenbegehungen, Bergsteigen, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen), bei der Vorbereitung (Training) bzw. der Teilnahme an Box- oder Ringkämpfen, Kampfsportwettkämpfen jeglicher Art, Pferde- oder Radrennen sowie als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Kraftfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

e) aufgrund versuchten Suizids und dessen Folgen sowie aufgrund vollendeten Suizids;

f) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen, Strahlen, Infektionen und Vergiftungen;

g) dauerhaft pflegebedürftige Personen und solche, die sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befinden im Sinne der §§ 104 ff. BGB. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung der Aufgaben des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte nicht mehr versicherbar ist.

13.5 Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen für Schäden, die aus Umständen resultieren, die der versicherten Person bei der Buchung der Reise bzw. bei Beginn des Versicherungsschutzes bekannt waren oder objektiv erwartet werden konnten.

§ 14 Verjährung

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren innerhalb von drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der versicherten Person bekannt war bzw. bekannt sein musste.

§ 15 Ansprüche gegen Dritte

Ersatzansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen im gesetzlichen Umfang bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf den Versicherer über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die versicherte Person bzw. der Versicherungsnehmer verpflichtet, in diesem Umfang eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.

§ 16 Zahlung der Entschädigung/ Versicherungsleistung

16.1 Ist die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Leistung binnen zwei Wochen zu erfolgen, sofern in den speziellen Versicherungsbedingungen nichts Anderes festgelegt ist.

16.2 Sind im Zusammenhang mit einem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen die versicherte Person eingeleitet worden, so kann der Versicherer bis zum rechtskräftigen Abschluss dieses Verfahrens die Zahlung aussetzen.

16.3 Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der vom Bundesverbands deutscher en veröffentliche Währungskurs (Interbankenkurs) der Oanda Currency Services bzw. deren Rechts- oder Vertragsnachfolger, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

Hinweis: Darüber hinaus sind die Hinweise zur Zahlung der Entschädigungsleistung der einzelnen Versicherungen im Teil B zu beachten.

§ 17 Rechte im Schadenfall

Die Ausübung der Rechte im Schadenfall kann nur der Karteninhaber für sich und für die mitversicherten Personen gegenüber dem Versicherer geltend machen. Die darüber hinaus mitversicherten Personen haben keinen eigenen Anspruch gegen den Versicherer, sofern in den Besonderen Versicherungsbedingungen unter Teil B nicht etwas Anderes bestimmt ist.

§ 18 Rechte im Schadenfall

Die Ausübung der Rechte im Schadenfall kann nur der Inhaber der gültigen Kreditkarte für sich und für die mitversicherten Personen gegenüber dem Versicherer geltend machen.

§ 19 Hinweis zum Datenschutz

Der Karteninhaber genießt als versicherte Person Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages, den die DZ BANK AG als Versicherungsnehmerin mit der Inter Partner Assistance S.A., Direktion für Deutschland, als Versicherer abgeschlossen hat. Im Hinblick auf die Durchführung dieses Gruppenversicherungsvertrages ist die Inter Partner Assistance S.A. Direktion für Deutschland, der datenschutzrechtlich Verantwortliche im Sinne von Artikel 24 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Dem Karteninhaber stehen im Internet unter www.dzbank.de/datenschutzhinweisekarten unter „Informationen zu verbundenen Versicherungsleistungen“ Datenschutzhinweise zur Verfügung.

§ 20 Beschwerdeverfahren

Wenn Sie einmal mit unseren Leistungen unzufrieden sein sollten, wenden Sie sich bitte zunächst an uns. Wir versuchen dann, gemeinsam mit Ihnen eine Lösung zu finden.

AXA Assistance Deutschland GmbH
Postfach 1584
15205 Frankfurt (Oder)

oder per E-Mail an
Customer-Care@axa-assistance.de.

Es ist immer von Vorteil Kopien aller eingereichten Dokumente aufzubewahren.

Der Versicherer Inter Partner Assistance S.A, Direktion für Deutschland, ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie daher das kostenlose Streitschlichtungsverfahren des Versicherungsombudsmanns in Anspruch nehmen. Bitte wenden Sie sich hierzu an:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

Telefon: 0800 3696000
(gebührenfrei aus dem deutschen Festnetz)

Telefax: 0800 3699000
(gebührenfrei aus dem deutschen Festnetz

Alternativ können Sie sich auch an unsere Aufsichtsbehörden wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Telefon: 0228 4108-0
Telefax: 0228 4108-1550
E-Mail: poststelle@bafin.de

Wenn Sie eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann oder bei einer der Aufsichtsbehörden einlegen, beeinträchtigt das nicht Ihr Recht, Ihre Ansprüche durch eine Klage vor dem zuständigen Gericht zu verfolgen

Teil B: Besondere Versicherungsbedingungen

Auslandsreisekrankenversicherung

§ 1 Vertragsgegenstand

Gegenstand des Vertrages ist der nachfolgend beschriebene Versicherungsschutz für den Inhaber einer Kreditkarte. Der Versicherungsschutz gilt unabhängig vom Karteneinsatz.

§ 2 Beginn und Ende der Auslandsreisekrankenversicherung

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt gemäß Ziffer II der Allgemeinen Bedingungen, jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Eine Auslandsreise in diesem Sinne ist jede Abwesenheit vom offiziellen Wohnsitz der versicherten Person bis zu einer Höchstdauer von maximal 90 Tagen. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person ihren offiziellen Wohnsitz hat. Ist die Rückreise bis zum Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitraum hinaus, längstens jedoch auf 365 Tage.

Offizieller Wohnsitz ist das Land, in dem die versicherte Person steuerlich veranlagt ist sowie jeder weitere gemeldete Wohnsitz. Sollte die versicherte Person in mehreren Ländern einen offiziellen Wohnsitz haben, sind auch diese Länder vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

§ 3 Versicherte Personen

Bei einer geschäftlichen Reise gelten nachfolgend genannte Personen als versichert:

3.1. Karteninhaber einer gültigen Kreditkarte.

3.2. Weitere Angestellte desselben Unternehmens, sofern sie mit dem Karteninhaber die Reise gemeinsam buchen und durchführen, aber nicht mehr als fünf Personen inklusive dem Karteninhaber. Sollten mehr als fünf Personen inklusive dem Karteninhaber reisen, gelten die auf der Reisebestätigung erstgenannten Nichtfamilienangehörigen als mitbegünstigt, bis die Gesamtzahl von fünf Reisenden erreicht wird.

3.3. Wenn die reisende Person Inhaber einer BusinessCard Classic ist, aber nicht für die Buchung der Reise verantwortlich ist, so kann die Buchung der Reise auch über die BusinessCard Classic eines Teammitglieds erfolgen. Im Schadenfall müssen beide Kreditkartennummern (die der Reisenden und die der buchenden Person) angegeben, sowie eine kurze Erklärung des Sachverhalts und ein formloser Nachweis der Teamzugehörigkeit erbracht werden.

§ 4 Versicherungsumfang

4.1. Der Versicherer bietet den versicherten Personen Versicherungsschutz für auf Auslandsreisen unvorhergesehen eintretende Krankheiten oder Unfallfolgen.

4.2. Bei einem während der Auslandsreise eintretenden Versicherungsfall ersetzt der Versicherer entstehende Aufwendungen für die Heilbehandlung und erbringt gegebenenfalls weitere vereinbarte Leistungen, u. a.:

a) für Arznei-, Verband- und Heilmittel, wenn diese ärztlich verordnet wurden,

b) für ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls oder durch eine Erkrankung erforderlich werden,

c) für die Behandlung von unvorhergesehenen, akut im Ausland auftretenden Schwangerschaftskomplikationen sowie von in deren Folge eintretenden Fehl- oder Frühgeburten oder (nicht rechtswidrigen) Schwangerschaftsabbrüchen.

4.3. Für die Kosten des Rücktransports und Überführungskosten gilt Folgendes:

a) Die Kosten für den Rücktransport einer versicherten Person werden übernommen, wenn dieser medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist und an den offiziellen Wohnsitz der versicherten Person oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene, geeignete Krankenhaus erfolgt.

b) Stirbt eine versicherte Person während der Auslandsreise, werden die Überführungskosten übernommen. Überführungskosten sind die unmittelbaren Kosten der Überführung des Leichnams einer versicherten Person an den der Versicherung bekannten offiziellen Wohnsitz der versicherten Person.

c) Auf Wunsch der Hinterbliebenen der versicherten Person übernimmt der Versicherer alternativ auch die Kosten einer Bestattung vor Ort, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

d) Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinischen Rücktransport zum offiziellen Wohnsitz oder zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am offiziellen Wohnsitz, endet die Leistungspflicht des Versicherers am Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

§ 5 Versicherte Gründe

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen während einer Auslandsreise im Sinne von § 2.

a) Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet im Ausland, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Eine Folgebehandlung im Land des offiziellen Wohnsitzes ist nicht versichert.

b) Versichert ist ebenfalls der medizinisch notwendige Krankentransport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare und für die Behandlung geeignete Krankenhaus im Ausland und zurück in die Unterkunft.

c) Bei Zahnbehandlungen ist nur eine schmerzstillende Zahnbehandlung mitversichert.

§ 6 Ausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht:

6.1. Bei einem bereits vorher bekannten medizinischen Zustand, der der versicherten Person bekannt war, als sie die Kreditkarte beantragte, bzw. bei der Buchung der Reise, je nachdem, was am kürzesten zurückliegt, insbesondere, weswegen die versicherte Person:

a) Während der letzten zwölf Monate einen Krankenhausaufenthalt hatte.

b) Testergebnisse erwartet oder auf der Warteliste für eine Operation, Konsultation oder Untersuchung steht.

c) Innerhalb der letzten drei Monate begonnen hat, Medikamente einzunehmen oder die Einnahme geändert oder sich in Behandlung begeben hat.

d) Alle zwölf Monate oder häufiger eine medizinische, chirurgische oder psychiatrische Untersuchung benötigt.

e) Die Diagnose „unheilbar“ und/oder „chronisch“ erhalten hat.

6.2. Reisen gegen den Rat eines praktizierenden Arztes.

6.3. Dieselben Leistungseinschränkungen gelten für Folgen eines vor Antritt der Auslandsreise geschehenen Unfalles.

6.4. Für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht worden sind. Es wird

jedoch Versicherungsschutz gewährt und Service geboten, wenn das Ereignis unerwartet nach dem Antritt der Reise auftritt. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn des Ereignisses. Ausgeschlossen ist weiterhin jegliche aktive Teilnahme an einem der Ereignisse.

6.5. In Gebieten, für welche das Auswärtige Amt offiziell zum Zeitpunkt des Reiseantritts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Es wird jedoch Versicherungsschutz gewährt und Service geboten, wenn ein Ereignis, welches zu einer Reisewarnung führte, unerwartet nach Antritt der Reise auftritt. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Ausspruch der Reisewarnung.

6.6. Für wissentlich und/oder willentlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.

6.7. Für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie.

6.8. Für die Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Aufwendungen werden aber insoweit erstattet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Ausland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen sowie in deren Folge eintretenden Fehl- oder Frühgeburten oder (nicht rechtswidrigen) Schwangerschaftsabbrüchen notwendig ist.

6.9. Für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie.

6.10. Für Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Brillen, Hörgeräte etc.), sofern diese nicht erstmalig aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung während der Reise ärztlich verordnet werden.

6.11. Für Kur- und Sanatoriums-Behandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.

6.12. Für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird.

6.13. Für wissenschaftlich nicht anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel.

6.14. Für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder des Karteninhabers. Sachkosten werden jedoch erstattet.

6.15. Für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

6.16. Für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war.

6.17. Für die Behandlung von HIV-/AIDS-Erkrankungen und ihren Folgen.

6.18. Für Gefahren von Kernenergie oder sonstiger ionisierender Strahlung.

6.19. Für Schäden durch versuchten Suizid und dessen Folgen sowie durch vollendeten Suizid.

6.20. Für Schäden, die durch die versicherte Person durch oder während der vorsätzlichen Ausführung einer Straftat oder des vorsätzlichen Versuchs einer Straftat verursacht wurden.

6.21. Für Schäden bei der Ausübung von Risiko- und Extremsportarten und Motorsportrennen, bei denen es u. a. auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

6.22. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf den im behandelnden Land üblichen und angemessenen Betrag herabsetzen.

6.23. für Ansprüche, die dadurch entstehen, dass Sie es versäumt haben, sich vor Ihrer Reise dringend empfohlene Impfstoffe, Impfungen oder Medikamente zu beschaffen. Entscheidend für Impfungen sind die Empfehlungen der jeweiligen zuständigen Regierungsbehörde (für Deutschland etwa die Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts) im Land des Firmensitzes (entscheidend ist der Firmensitz der Gesellschaft, bei welcher die reisende Person angestellt ist).

§ 7. Versicherungssumme

7.1. Die maximale Versicherungssumme beträgt 20 Mio. EUR.

7.2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der vom Bundesverband deutscher Banken veröffentliche Währungskurs (Interbankenkurs) der Oanda Currency Services bzw. deren Rechts- oder Vertragsnachfolger, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

§ 8. Rechte im Schadensfall

8.1. Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten frei.

8.2. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern am Ort des Versicherungsfalles, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankenakten führen. Nicht gewählt werden können Krankenhäuser, die auch Kuren bzw. Sanatoriums-Behandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.

8.3. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungen im Original oder als Zweitschriften mit der Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen vorgelegt und die geforderten Nachweise erbracht sind. Diese werden Eigentum des Versicherers. Beim Versicherer anfallende Übersetzungskosten können von den Leistungen abgezogen werden, evtl. anfallende Kosten für die Überweisungen ins Ausland werden von der versicherten Person getragen.

8.4. Ansprüche gegen Dritte:

Hat der Karteninhaber oder eine versicherte Person im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall Schadensersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so ist der Karteninhaber bzw. die versicherte Person unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß §86 VVG verpflichtet, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Verzichtet der Karteninhaber oder eine versicherte Person auf einen solchen Anspruch oder auf ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder Recht hätte Ersatz verlangen können.

8.5. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

8.6. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten. Er wird dadurch gegenüber der versicherten Person von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 9 Obliegenheiten im Schadensfall

9.1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 72 Stunden nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.

9.2. Der Schaden ist möglichst gering zu halten und unnötige Kosten sind zu vermeiden.

9.3. Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten versicherten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in 1.8.3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

9.4. Die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

9.5. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

9.6. Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere die Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht).

9.7. Wird eine dem Versicherer gegenüber zu erfüllende vertragliche Obliegenheit vorsätzlich verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Kann nachgewiesen werden, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für

die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Subsidiarität

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge, Unfallfürsorge oder durch einen anderen Ersatzpflichtigen, so ist der Versicherer nur für den die Leistungspflicht des Ersatzpflichtigen übersteigenden Betrag für die notwendigen Aufwendungen leistungspflichtig.

Besteht ein Anspruch gegen Dritte, erhält der Versicherte eine Vorleistung durch den Versicherer.

Auslandsreise-Unfallversicherung

§ 1 Vertragsgrundlage

Es gelten die allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen. Der Versicherungsschutz gilt unabhängig vom Karteneinsatz.

§ 2 Gegenstand der Versicherung

2.1 Der Versicherer erbringt die nachfolgend aufgeführten Versicherungsleistungen bei Unfällen auf der versicherten Reise, die zum Tod oder zur dauernden Invalidität des Karteninhabers führen.

2.2 Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 3 Versicherte Person

Es gilt Teil A, § 7 dieser Bedingungen.

§ 4 Tod der versicherten Person

4.1 Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod der versicherten Person, zahlt der Versicherer an die Erben eine Versicherungsleistung von 250.000 EUR. Die Versicherungssumme ist auf diesen Höchstbetrag begrenzt.

4.2 Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die als Nachweis über den Versicherungsfall aufgrund des Todes der versicherten Person beizubringen sind, erklärt der Versicherer innerhalb von einem Monat, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.

4.3 Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung binnen zwei Wochen nach Zugang der Zahlungsankündigung des Versicherers per Überweisung auf eine von dem Kreditkarteninhaber anzugebende Bankverbindung.

§ 5 Leistung bei Invalidität

5.1 Voraussetzungen für die Leistung sind:

a) die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in seiner körperlichen oder geistigen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität) und

b) die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und spätestens innerhalb weiterer drei Monate von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei dem Versicherer geltend gemacht worden.

5.2 Die Versicherungsleistung für die Invalidität ist auf maximal 100.000 EUR beschränkt.

a) für den Verlust von beiden Händen, beiden Füßen, der Sehkraft auf beiden Augen, einer Hand und einem Fuß oder einer Hand und der Sehkraft auf einem Auge beträgt die Leistungssumme 100 % der Versicherungssumme für Vollinvalidität.

b) für den Verlust von einer Hand, einem Fuß oder der Sehkraft eines Auges beträgt die Leistungssumme 50 % der Versicherungssumme für Vollinvalidität.

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

5.4 Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach § 5 entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

5.5 Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalleistung aus der für den Versicherungsfall vereinbarten Summe gezahlt.

5.6 Grundlage der Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der Invalidität.

5.7 Für nicht genannte Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

5.8 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

§ 6 Zahlung der Versicherungsleistung bei dauernder Invalidität

6.1 Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalls nicht beansprucht werden.

6.2 Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen sind, wird der Versicherer innerhalb von drei Monaten erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.

6.3 Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung binnen zwei Wochen.

6.4 Die versicherte Person und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfallereignis, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit einer Erklärung, seitens der versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

§ 7 Ausschlüsse/Einschränkungen

7.1 Es gilt Teil A, § 13.4 dieser Bedingungen.

7.2 Unfälle, die der versicherten Person während der vorsätzlichen oder versuchten Ausführung einer Straftat zustoßen, sind nicht versichert.

7.3 Unfälle durch alkohol- oder betäubungsmittelbedingte Bewusstseinsstörungen sind nicht versichert.

§ 8 Voraussetzungen für die Versicherungsleistung

8.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles:

a) den Schaden dem Versicherungsservice unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern), spätestens jedoch innerhalb von 30 Tagen ab dem Schadenszeitpunkt anzuzeigen und

b) die Invalidität durch Vorlage des Bescheides der für die Feststellung des Grades der Behinderung zuständigen Stelle über die Schwerbehinderung innerhalb eines Jahres anzuzeigen und

c) die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer und Behörden zu ermächtigen, den Versicherer und den von diesem beauftragten Ärzten alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen. Im Falle, dass die versicherte Person selbst verstorben ist, gehen die Rechte und Pflichten auf die Erben der versicherten Person über.

8.2 Kommt die versicherte Person diesen Verpflichtungen nicht nach, ist die Leistung des Versicherers ausgeschlossen.

§ 9 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Die versicherte Person hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die hierfür notwendigen Kosten trägt der Versicherer.

§ 10 Leistungsfreiheit bei Obliegenheitsverletzungen

Es gilt Teil A, §11 dieser Bedingungen.

Teil C: Definitionen

Abbruch der Reise

Eine Reise gilt als abgebrochen, wenn die versicherte Person den Aufenthalt am Zielort endgültig beendet und nach Hause zurückreist.

Antritt der Reise/Reiseantritt

Im Rahmen der Reiserücktritts-Versicherung gilt die Reise mit der Inanspruchnahme der ersten gebuchten Reiseleistung als angetreten. Als Antritt der Reise gilt in der Reiserücktritts-Versicherung im Einzelnen:

- bei einer Flugreise: mit dem Check-in (bzw. beim Vorabend-Check-in mit der Sicherheitskontrolle des Reisenden am Reisetag)
- bei einer Schiffsreise: mit dem Einchecken auf dem Schiff
- bei einer Busreise: mit dem Einsteigen in den Bus
- bei einer Bahnreise: mit dem Einsteigen in den Zug
- bei einer Autoreise: mit der Übernahme eines Mietwagens oder eines Wohnmobils, bei Anreise mit dem eigenen PKW mit dem Antritt der ersten gebuchten Reiseleistung, z. B. mit Übernahme der gebuchten Ferienwohnung.

Ist eine Transfer-Leistung (z. B. rail & fly) fester Bestandteil der Gesamtreise, beginnt die Reise mit dem Antritt des Transfers (Einstieg in das Transfer-Verkehrsmittel, z. B. Bahn). In allen übrigen Reiseversicherungen ist die Reise mit dem Verlassen der Wohnung angetreten.

Arzt

Ein qualifiziertes, eingetragenes und praktizierendes Mitglied der medizinischen Berufsgruppe, das nicht der Karteninhaber selbst oder ein mit dem Karteninhaber oder einer mit ihm reisenden Person verwandt ist.

Versicherte Personen

Versicherte Person ist der Karteninhaber einer BusinessCard Classic, sofern in den Besonderen Versicherungsbedingungen nicht anders geregelt. Weitere Angestellte desselben Unternehmens, sofern sie mit dem Karteninhaber die Reise gemeinsam buchen und durchführen, aber nicht mehr als fünf Personen inklusive dem Karteninhaber. Sollten mehr als fünf Personen inklusive dem Karteninhaber reisen, gelten die auf der Reisebestätigung erstgenannten Nichtfamilienangehörigen als mitbegünstigt, bis die Gesamtzahl von fünf Reisenden erreicht wird.

Elementarereignisse

Elementarereignisse sind: Explosion, Sturm, Hagel, Blitzschlag, Hochwasser, Überschwemmung, Lawinen, Vulkanausbruch, Erdbeben, Erdrutsch.

Kaufpreis

Der Kaufpreis ist der auf der Rechnung ausgewiesene Preis des versicherten Gegenstandes inkl. Mehrwertsteuer.

Öffentliche Verkehrsmittel

Öffentliche Verkehrsmittel sind alle für die öffentliche Personenbeförderung zugelassenen Luft-, Land- oder Wasserfahrzeuge. Nicht als öffentliche Verkehrsmittel gelten Transportmittel, die im Rahmen von Rundfahrten/Rundflügen verkehren, sowie Mietwagen, Taxis und Kreuzfahrtschiffe.

Privatfahrzeug

Ein als Personenkraftwagen zugelassenes Kraftfahrzeug, mit Ausnahme von Mietwagen, Taxen und Selbstfahrervermietfahrzeugen.

Reise

Jede beruflich bedingte Reise (Geschäftsreise), die die versicherte Person während des Versicherungszeitraums unternimmt.

Wege und Fahrten zur Arbeitsstätte gelten nicht als Reise.

Eine Reise im Heimatland ist nur versichert, wenn die versicherte Person vorab mindestens eine Übernachtung in einem Hotel oder einer anderen kostenpflichtigen Unterkunft gebucht hat oder diese mindestens 100 km von dem Wohnort der versicherten Person entfernt liegt.

Reiseleistungen

Als Reiseleistungen gelten beispielsweise die Buchung eines Fluges, einer Schiffs-, Bus- oder Bahnfahrt, eines Bustransfers oder eines sonstigen Transportes zum Urlaubsort oder zurück bzw. vor Ort die Buchung eines Hotelzimmers, einer Ferienwohnung, eines Wohnmobils, eines Hausbootes oder das Chartern einer Yacht.

Selbstbeteiligung

Eigenbeteiligung (Zuzahlung) bei Inanspruchnahme der Versicherung des anspruchsberechtigten Karteninhabers an jedem versicherten Schaden.

Unerwartete Erkrankung

Eine Erkrankung gilt als unerwartet, wenn sie nach Abschluss der Versicherung oder bei bestehendem Versicherungsvertrag nach Buchung der Reise erstmals auftritt und die konkreten Krankheitssymptome dem Reiseantritt entgegenstehen. Verschlechterungen bereits bestehender Erkrankungen gelten dann

als unerwartet, wenn in den letzten sechs Monaten vor Abschluss der Versicherung oder bei bestehendem Versicherungsvertrag vor Buchung der Reise keine Behandlung erfolgte; ausgenommen hiervon sind Kontrolluntersuchungen.

Unfall

Ein Unfall liegt vor:
a) wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet;

b) wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung ein Gelenk verrenkt oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden;

c) bei Gesundheitsschäden aufgrund rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen.

Unverzüglich

Ohne schuldhaftes Zögern (§ 121 BGB); stellt auf die auch im Subjektiven liegende Zumutbarkeit alsbaldigen Handelns ab.

Urlaubsort

Als Urlaubsort gelten alle Orte einer Reise, die gebucht und versichert wurden. Sie sind als politische Gemeinde einschließlich eines Umkreises von 100 km zu verstehen. Davon umfasst sind alle Verbindungsstrecken zwischen den Urlaubsorten und zurück zum Heimatort.

Versicherer

Inter Partner Assistance S.A. (IPA)
Direktion für Deutschland
Colonia-Allee 10-20
51067 Köln

Versicherungsnehmer

Dies ist die DZ BANK AG, Platz der Republik, 60265 Frankfurt am Main

Versicherungszeitraum

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem wirksamen Zustandekommen des Kreditkartenvertrages. Der Versicherungsschutz endet in jedem Fall mit dem Wirksamwerden der Kündigung des Kreditkartenvertrages.

Vorerkrankung

Vorerkrankung ist jede bestehende und bekannte Erkrankung, einschließlich deren Verschlechterungen und Folgen. Ausgenommen hiervon sind lediglich solche Verschlechterungen/Folgen, die letztmals vor mehr als sechs Monaten vor Abschluss der Versicherung bzw. vor Buchung der Reise (je nachdem, was länger zurückliegt) aufgetreten sind und/oder medikamentös oder therapeutisch behandelt wurden.

Kontrolluntersuchungen gelten nicht als solche medikamentösen oder therapeutischen Behandlungen, es sei denn, die später festgestellte Erkrankung wurde auf Grund der bei der Kontrolluntersuchung ermittelten Werte/Symptome diagnostiziert.

Versichert sind somit nur unerwartete Krankheiten, die nach Abschluss der Versicherung bzw. nach Buchung der Reise (je nachdem, was am Kürzesten zurückliegt) erstmals auftreten und die konkreten Krankheitssymptome so schwer sind, dass sie dem Reiseantritt bzw. der Durchführung der Weiterreise entgegenstehen.

Service-/Notruf-Karte

In Notfällen verständigen Sie die Notrufzentrale der AXA Assistance, die Tag und Nacht erreichbar ist. Bitte wählen Sie

- aus dem Ausland: **+ 49 69 7447 92500**
- aus dem Inland: **069 7447 92500.**

In cases of emergency call the alarm center of AXA Assistance, available day and night. Please dial

- outside Germany: **+ 49 69 7447 92500**
- inside Germany: **069 7447 92500.**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Richard-Oskar-Mattern-Straße 6 | 40547 Düsseldorf
apobank.de

apoBank

Bank der Gesundheit

49899 DG Nexolution eG, Leipziger Straße 35, 61191 Wiesbaden – RD 0924.67 02/2022