



# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Reiseversicherung

VPPCPSA-Kiwi.com von 15. 7. 2023

## TEIL I GEMEINSAME BESTIMMUNGEN

### Artikel 1. Einleitende Bestimmungen

- 1 Für diese Reiseversicherung (nachstehend „Versicherung“ genannt), die vom Versicherungsnehmer beim Versicherer INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., Mitglied der AXA-Gruppe, mit Sitz in Boulevard du Régent 7, 1000 Brüssel, Belgien, eingetragen im Handelsregister bei Greffe de Tribunal de commerce in Brüssel unter der Nummer 0415591055, handelnd durch die INTER PARTNER ASSISTANCE, Organisationseinheit, mit Sitz in Hvězdova 1689/2a, 140 62 PRAHA 4, Tschechische Republik, IdNr.: 28225619, eingetragen im Handelsregister beim Stadtgericht Prag unter dem Aktenzeichen A 59647 (nachstehend „Versicherer“ genannt), abgeschlossen wird, gelten vor allem das Gesetz Nr. 89/2012, Bürgerliches Gesetzbuch (nachstehend auch „Bürgerliches Gesetzbuch“ genannt) und der Versicherungsvertrag, dessen integrierender Bestandteil diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Reiseversicherung VPPCPSA-Kiwi.com vom 15. 7. 2023 sind (nachstehend „Versicherungsbedingungen“ genannt).
- 2 Im Falle eines Widerspruchs zwischen den Bestimmungen des Versicherungsvertrags und den Bestimmungen der Versicherungsbedingungen ist der Versicherungsvertrag maßgebend. Ein Widerspruch liegt nicht vor, wenn diese Versicherungsbedingungen oder Besondere Versicherungsbedingungen eine nähere Regelung einzelner Bestimmungen enthalten.
- 3 Die Versicherung unterliegt dem Recht der Tschechischen Republik.
- 4 Diese Versicherungsbedingungen regeln die allgemeinen Bestimmungen für die Reisekrankenversicherung, die Haftpflichtversicherung, die Reiserücktrittsversicherung und die Versicherung von Assistenzleistungen, wobei die Besonderen Bedingungen für diese Versicherungsrisiken in folgenden Dokumenten aufgeführt sind:
  - Besondere Versicherungsbedingungen für die Reisekrankenversicherung SPPPLVSA-Kiwi.com vom 15.7.2023;
  - Besondere Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung SPPOSA-Kiwi.com vom 15.7.2023 und/oder
  - Besondere Versicherungsbedingungen für die Reiserücktrittsversicherung vom 15.7.2023 (nachstehend gemeinsam als „Besondere Versicherungsbedingungen“ bezeichnet)
- 5 Der Versicherte wählt beim Abschluss des Versicherungsvertrags selbst aus, welche der in Abs. 4 dieses Artikels aufgeführten Risiken gedeckt werden sollen.

### Artikel 2. Gegenstand der Versicherung

1. Gegenstand der Versicherung ist die Absicherung der Versicherten während ihrer Reisen und ihres Aufenthalts außerhalb des Gebiets ihres Heimatlandes in dem Umfang und zu den Bedingungen, die im Versicherungsvertrag, in den Versicherungsbedingungen und in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind.
2. Die Versicherung wird als individuelle Kurzzeitversicherung abgeschlossen und gilt für die versicherten Personen während ihrer Studien-, Touristen- oder Geschäftsreisen administrativer Natur ins Ausland.
3. Je nach dem Versicherungsprogramm umfasst die Versicherung folgende Versicherungsrisiken:
  - a) Reisekrankenversicherung (RKV), die nicht in der Variante MEDEX60 oder MEDEX200 abgeschlossen werden kann
  - b) Haftpflichtversicherung (HPV)L
  - c) Reiserücktrittsversicherung, die in der Variante Storno80 (mit 20% Selbstbehalt) oder Storno100 (mit 0% Selbstbehalt) abgeschlossen werden kann;
  - d) Versicherung der Assistenzleistungen (gilt nur für die Reisekrankenversicherung und die Haftpflichtversicherung).

### Artikel 3. Zustandekommen, Wirksamkeit, Beendigung der Versicherung, Anspruch auf Versicherungsleistungen und Versicherungsdauer

1. Die Versicherung entsteht zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung zugunsten eines Dritten, der der Versicherte ist. Einzelheiten über den Beginn, die Dauer und die Beendigung der Versicherung sind im Versicherungsschein angegeben. Mit dem Abschluss der Versicherung erklärt sich der Versicherte mit den Versicherungsbedingungen einverstanden.
2. Die Versicherung jedes einzelnen Versicherten gilt ab 00:00 Uhr des Tages, der auf dem Versicherungsschein als Versicherungsbeginn angegeben ist, sofern die Prämie vom Versicherungsnehmer, bzw. die vom Versicherten an den Versicherungsnehmer zu entrichtende Versicherungsgebühr gezahlt wurde.
3. Der Anspruch des Begünstigten auf Versicherungsleistungen beginnt zum Zeitpunkt der Abfertigung des Versicherten am Flughafen beim Abflug vom Abflugort des ersten auf dem gekauften Flugticket angegebenen Fluges, frühestens jedoch an dem Tag, der im Versicherungsschein als Tag des Versicherungsbeginns angegeben ist, und endet zum Zeitpunkt der Abfertigung des Versicherten am Flughafen bei der Ankunft am Ankunftsort des letzten auf dem gekauften Rückflugticket angegebenen Fluges, spätestens jedoch um 24.00 Uhr des Tages, der im Versicherungsschein als Tag der Beendigung der Versicherung angegeben ist, je nachdem, welcher Umstand früher eintritt. Hat der Versicherte ein One Way Flugticket, endet die Versicherung um 24.00 Uhr des Tages, der im Versicherungsschein als Ende der Versicherung angegeben ist, oder zum Zeitpunkt des Überschreitens der Staatsgrenze des Heimatlandes bei der Rückreise des Versicherten oder zum Zeitpunkt der Abfertigung am Flughafen bei der Ankunft im Heimatland, je nachdem, welcher Umstand früher eintritt.
4. Die Versicherung wird für einen bestimmten Zeitraum abgeschlossen, die Versicherungsdauer ist im Versicherungsschein angegeben.
5. Jede einzelne Versicherung erlischt
  - a) mit Ablauf der Versicherungsdauer
  - b) durch schriftliche Vereinbarung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer, bzw. dem Versicherten;
  - c) durch Kündigung durch den Versicherer oder den Versicherungsnehmer, bzw. den Versicherten im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuchs;
  - d) auf eine andere im Bürgerlichen Gesetzbuch vorgesehene Weise.
6. Endet die Einzelversicherung durch schriftliche Vereinbarung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer, bzw. dem Versicherten spätestens an dem Tag, der im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn angegeben ist, erstattet der Versicherer dem Versicherungsnehmer die gezahlte Prämie abzüglich der mit dem Abschluss der Versicherung verbundenen Kosten, die sich auf 20 % der Prämie belaufen. Ebenso erstattet der Versicherungsnehmer die vom Versicherten an den Versicherungsnehmer gezahlte Versicherungsgebühr, abzüglich der mit dem Abschluss der Versicherung verbundenen Kosten, die sich auf 20 % der Versicherungsgebühr belaufen. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte sind verpflichtet, alle Versicherungsscheine zurückzugeben.
7. Erlischt die Versicherung während der Laufzeit, hat der Versicherer Anspruch auf die Prämie bis zum Ende der Versicherungsperiode, sofern im Bürgerlichen Gesetzbuch oder im Versicherungsvertrag nichts anderes aufgeführt ist.
8. Die Versicherung kann während der Versicherungsdauer nicht unterbrochen werden.
9. Die Wirksamkeit der Versicherung kann nicht vor dem Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung liegen.

#### **Artikel 4.       Prämie und Versicherungsgebühr**

1. Die Prämie wird vom Versicherungsnehmer gezahlt und wird als einmalige Prämie vereinbart. Die Höhe der Prämie und die Zahlungsmodalitäten richten sich nach den Bestimmungen des Versicherungsvertrags.
2. Die Prämie richtet sich nach dem Versicherungsumfang, der Risikoeinstufung, der Höhe der Versicherungsleistung oder anderen für ihre Höhe maßgeblichen Tatsachen.
3. Hängt die Höhe der Prämie vom Alter des Versicherten ab, so ist für die Bemessung der Prämie das Alter des Versicherten am Tag des Versicherungsbeginns maßgebend, wie es im Versicherungsschein angegeben ist, sofern in diesen Versicherungsbedingungen, in den Besonderen Versicherungsbedingungen oder im Versicherungsvertrag nichts anderes aufgeführt ist.
4. Die Höhe und die Fälligkeit der Versicherungsgebühr, die der Versicherte an den Versicherungsnehmer für den Abschluss der Versicherung zu entrichten hat, sind im Versicherungsschein aufgeführt.

#### **Artikel 5.       Territoriale Gültigkeit der Versicherung, versicherte Personen**

1. Die Versicherung gilt für Versicherungsfälle, die auf dem Gebiet aller Länder der Welt eingetreten sind.
2. Die Versicherung gilt nicht für Versicherungsfälle, die auf dem Gebiet folgender Länder eingetreten sind:
  - a) Heimatland des Versicherten, sofern in den Versicherungsbedingungen oder den Besonderen Versicherungsbedingungen nichts anderes aufgeführt ist;

- b) das Land, dessen Staatsangehörigkeit der Versicherte besitzt oder in dem er seinen ständigen Wohnsitz hat oder Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse ist; ausgenommen den Fall, wenn der Versicherte in dem Heimatland seinen ständigen oder vorübergehenden Wohnsitz hat und zugleich Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer ähnlichen Versicherung ist, so erstreckt sich die Versicherung auch auf Ereignisse, die in dem Land eintreten, dessen Staatsangehörigkeit er besitzt;
  - c) das Land, auf dessen Gebiet sich der Versicherte unrechtmäßig aufhält.
3. Die Reiserücktrittsversicherung gilt auch für Versicherungsfälle, die auf dem Gebiet des Heimatlandes eingetreten sind.
  4. Bei der Reiserücktrittsversicherung sind die versicherten Personen der versicherte Begünstigte und bis zu 3 seiner Mitreisenden, die mit dem Versicherten ins Ausland reisen.
  5. Die versicherte Person ist diejenige, die im Versicherungsschein angegeben ist.
  6. Versichert werden können sowohl tschechische Staatsbürger als auch ausländische Staatsangehörige.

#### **Artikel 6.      Versicherungsfall, Versicherungsleistung, Prüfung des Versicherungsfalls und Selbstbehalt**

1. Ein Versicherungsfall ist ein durch die Versicherung gedecktes, im Versicherungsvertrag oder in Besonderen Versicherungsbedingungen näher bezeichnetes zufälliges Ereignis, das während der Versicherungsdauer eintritt und das die Verpflichtung des Versicherers auslöst, für den Begünstigten Versicherungsleistungen gemäß den Bestimmungen der Versicherungsbedingungen zu erbringen.
2. Der Höchstbetrag der Versicherungsleistungen für die einzelnen Versicherungen wird durch die Versicherungssumme oder die Leistungsgrenze bestimmt, deren Höhe in der Übersicht der Versicherungsleistungen angegeben ist.
3. Die in der Übersicht der Versicherungsleistungen angegebene Versicherungssumme oder Leistungsgrenze der einzelnen Versicherungen stellt den Höchstbetrag der Versicherungsleistungen für einen Versicherten und für die ganze Versicherungsdauer dar. In der Übersicht der Versicherungsleistungen sind auch die Teilhöchstbeträge der Versicherungsleistungen und etwaige Höhe des Selbstbehalts aufgeführt. Ist in der Übersicht der Versicherungsleistungen ein Teilhöchstbetrag der Versicherungsleistung angegeben, so erbringt der Versicherer Versicherungsleistungen bis zur Höhe des Teilhöchstbetrags der Versicherungsleistung. Ist in der Übersicht der Versicherungsleistungen ein Selbstbehalt des Versicherten angegeben, gilt dieser Selbstbehalt für jeden Versicherungsfall.
4. Der Versicherer entscheidet über die Versicherungsleistung und deren Höhe auf der Grundlage der eingereichten Unterlagen und gemäß den Versicherungsbedingungen, den Besonderen Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsvertrag.
5. Prüfung des Versicherungsfalls
  - a) Tritt ein Ereignis ein, bei dem die Person, die sich für den Begünstigten hält, einen Anspruch auf Versicherungsleistungen geltend macht, so hat sie den Versicherer unverzüglich zu benachrichtigen, ihm wahrheitsgemäß Auskunft über den Eintritt und den Umfang der Folgen dieses Ereignisses, über die Rechte Dritter und über etwaige Mehrfachversicherung zu geben; gleichzeitig hat sie dem Versicherer die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und sie geht in der Weise vor, die im Versicherungsvertrag, in den Versicherungsbedingungen und in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt ist. Handelt es sich bei der Person, die als Begünstigter gilt, nicht gleichzeitig um den Versicherungsnehmer oder den Versicherten, so haben der Versicherungsnehmer und der Versicherte ebenfalls die in den Bestimmungen dieses Absatzes genannten Verpflichtungen.
  - b) Unverzüglich nach der Mitteilung gemäß Absatz a) dieses Artikels leitet der Versicherer die erforderliche Prüfung ein, um das Bestehen und den Umfang seiner Leistungspflicht festzustellen. Die Prüfung wird abgeschlossen, indem ihre Ergebnisse der Person mitgeteilt werden, die den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend gemacht hat; auf Antrag dieser Person erstellt der Versicherer eine schriftliche Begründung der Höhe der Versicherungsleistung oder teilt den Grund für deren Ablehnung mit.
  - c) Enthält die Mitteilung nach den vorstehenden Absätzen wissentlich falsche oder grob entstellte wesentliche Angaben über das Ausmaß des angezeigten Ereignisses oder lässt sie wissentlich Angaben über das Ereignis weg, so hat der Versicherer Anspruch auf Erstattung der bei der Prüfung des Sachverhalts, über den die Angaben gemacht oder weggelassen wurden, zweckmäßig aufgewendeten Kosten. Verursachen der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine andere begünstigte Person durch Verletzung ihrer Pflicht Prüfkosten, bzw. eine Erhöhung der Prüfkosten, so hat der Versicherer Anspruch auf angemessene Entschädigung.
  - d) Wenn es dafür Gründe gibt, die mit der Prüfung des Versicherungsfalls zusammenhängen, kann der Versicherer Auskunft über den Gesundheitszustand und die Feststellung des Gesundheitszustands oder der Todesursache des Versicherten verlangen, sofern dem Versicherer die Zustimmung des Versicherten oder des Begünstigten im Falle des Todes des Versicherten vorliegt. Sofern der Versicherte oder der Begünstigte dem Versicherer seine Zustimmung nicht erteilt oder widerruft er sie im Laufe der Prüfung des Versicherungsfalls und wirkt sich dieser Umstand auf die Feststellung oder Festsetzung der Höhe der Versicherungsleistung wesentlich aus, so hat der Versicherer das Recht, die Versicherungsleistung in dem Verhältnis zu kürzen, in dem dieser Umstand auf den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers Einfluss hatte.

- e) Die im vorstehenden Absatz genannte Prüfung wird auf der Grundlage einer Untersuchung durch einen vom Versicherer benannten Arzt durchgeführt. In diesem Fall erstattet der Versicherer:
- Kosten für diese medizinische Untersuchung;
  - Reisekosten in Höhe der Kosten für eine Fahrkarte zweiter Klasse für den öffentlichen Bus- oder Bahnverkehr;
  - Kosten für ein ärztliches Gutachten, falls erforderlich.
- f) Verlangt der Versicherer keine ärztliche Untersuchung, bzw. kein ärztliches Gutachten, so übernimmt der Versicherer nicht die damit verbundenen Kosten.
6. Die Versicherungsleistung wird innerhalb von 15 Tagen nach Abschluss der Prüfung gemäß den vorstehenden Absätzen ausgezahlt. Können die zur Prüfung des Versicherungsfalls, des Umfangs der Versicherungsleistung oder des Anspruchsberechtigten erforderlichen Ermittlungen nicht innerhalb von drei Monaten nach der Anzeige abgeschlossen werden, so teilt der Versicherer dem Anzeigenden mit, warum die Prüfung nicht abgeschlossen werden kann; auf Antrag des Anzeigenden teilt der Versicherer dem Anzeigenden die Gründe schriftlich mit. Der Versicherer hat auf Antrag des Begünstigten diesem einen angemessenen Vorschuss auf die Versicherungsleistung zu gewähren; dies gilt nicht, wenn ein angemessener Grund für die Verweigerung des Vorschusses vorliegt.
7. Die Versicherungsleistung wird immer in der in der Tschechischen Republik gültigen Währung, in EUR oder USD, nach dem am Tag des Versicherungsfalls gültigen Wechselkurs der Tschechischen Nationalbank ausgezahlt, mit Ausnahme von Direktzahlungen an ausländische medizinische Einrichtungen, ausländische Opfer oder andere ausländische Einrichtungen, sofern nicht anders vereinbart oder in den Versicherungsbedingungen oder in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt ist.
8. Wenn ein Verstoß gegen eine Pflicht des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder einer anderen Person einen erheblichen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls, seinen Verlauf, auf die Verstärkung seiner Folgen oder auf die Bestimmung oder Festsetzung der Höhe der Versicherungsleistung hatte, ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsleistung in dem Verhältnis zu kürzen, in dem sich dieser Verstoß auf den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ausgewirkt hat.
9. Wird der Versicherungsfall vom Begünstigten oder auf dessen Veranlassung von einem Dritten vorsätzlich herbeigeführt, so hat keine Person Anspruch auf die Versicherungsleistung aus dieser Versicherung.

#### **Artikel 7. Übertragung des Rechtes auf den Versicherer**

1. Hat der Begünstigte, der Versicherte oder derjenige, der die Rettungskosten getragen hat, im Zusammenhang mit einem drohenden oder eingetretenen Versicherungsfall einen Anspruch auf Schadenersatz oder ein ähnliches Recht gegen einen anderen oder hat der Versicherer dem Versicherten oder dem Begünstigten eine Entschädigung für einen Versicherungsfall gewährt, der durch die Handlungen eines Dritten verursacht wurde, so geht dieser Anspruch samt Zubehör, Sicherheiten und sonstiger damit verbundenen Rechte im Zeitpunkt der Auszahlung der Versicherungsleistung bis zur Höhe der vom Versicherer an den Begünstigten gezahlten Leistung auf den Versicherer über. Dies gilt nicht, wenn dieser Person ein solches Recht gegen eine mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebende oder ihr gegenüber unterhaltspflichtige Person entstanden ist, es sei denn, sie hat den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt.
2. Die Person, deren Anspruch auf den Versicherer übergegangen ist, hat dem Versicherer die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und ihm alles Erforderliche zur Geltendmachung des Anspruchs mitzuteilen, insbesondere hat sie dem Versicherer wahrheitsgemäße und vollständige Auskünfte über den Versicherungsfall, über den Dritten, gegen den sie einen Anspruch auf Entschädigung oder einen anderen vergleichbaren Anspruch hat, über ihren Versicherer, gegebenenfalls über ihren gesetzlichen Vertreter, über andere Personen, die für den Dritten handeln, und gegebenenfalls über die von dem Dritten oder einem anderen Versicherer erhaltene Entschädigung zu erteilen.
3. Macht die Person, deren Recht auf den Versicherer übergegangen ist, Schadenersatzansprüche gegen den für den Eintritt des Versicherungsfalls verantwortlichen Dritten oder gegen den Versicherer des Dritten geltend, so hat sie den Dritten oder den Versicherer des Dritten auf das Bestehen des Entschädigungsanspruchs des Versicherers nach diesem Artikel hinzuweisen. Die Person, deren Recht auf den Versicherer übergegangen ist, ist ferner verpflichtet, die erforderlichen Schritte zu unternehmen, um das Recht des Versicherers gegenüber dem Dritten oder dem Drittversicherer durchzusetzen. Die Person, deren Recht auf den Versicherer übergegangen ist, ist ferner verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, um zu verhindern, dass das Recht des Versicherers auf Entschädigung nach diesem Artikel verjährt oder erlischt.
4. Vereitelt die Person, deren Recht auf den Versicherer übergegangen ist, den Übergang des Rechts auf den Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsleistung um den Betrag zu kürzen, den er andernfalls hätte erhalten können. Hat der Versicherer die Leistung bereits erbracht, so hat er Anspruch auf Entschädigung bis zur Höhe dieser Leistung.

#### **Artikel 8. Verarbeitung personenbezogener Daten**

1. Der Versicherer ist als Verantwortlicher berechtigt, personenbezogene Daten der Versicherten und der Begünstigten (nachstehend gemeinsam auch „betroffene Person“ genannt) zu verarbeiten, soweit dies zur ordnungsgemäßen Erfüllung

der Verpflichtungen des Versicherers aus dem Versicherungsvertrag und aus allgemein verbindlichen Rechtsvorschriften erforderlich ist. Der Versicherer ist berechtigt, die personenbezogenen Daten der betroffenen Person so lange zu verarbeiten, wie dies zur Wahrung der sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Rechte und Pflichten erforderlich ist, sowie für den Zeitraum, der sich aus allgemein verbindlichen Rechtsvorschriften (z. B. Archivierungsgesetz, Gesetz gegen die Legalisierung von Erträgen aus Straftaten, Rechnungslegungs- oder Steuervorschriften usw.) ergibt.

2. Der Verantwortliche ist verpflichtet:
  - die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um den unbefugten oder zufälligen Zugang zu personenbezogenen Daten, ihre Veränderung, Vernichtung oder ihren Verlust oder ihre unbefugte Weitergabe oder eine sonstige unbefugte Verarbeitung oder einen sonstigen Missbrauch personenbezogener Daten zu verhindern, wobei diese Verpflichtung auch nach Abschluss der Verarbeitung personenbezogener Daten gilt;
  - nur wahrheitsgemäße und genaue personenbezogene Daten zu verarbeiten;
  - personenbezogene Daten nur in dem Umfang zu erfassen, der für den angegebenen Zweck erforderlich ist;
  - personenbezogene Daten, die zu unterschiedlichen Zwecken erhoben wurden, nicht zu sammeln;
  - auf den Schutz der Privatsphäre der betroffenen Person bei der Verarbeitung personenbezogener Daten zu achten;
  - auf Ersuchen der betroffenen Person Auskunft über die Verarbeitung personenbezogener Daten zu erteilen.
3. Der Verantwortliche ist berechtigt, personenbezogene Daten zu den in Absatz 1 dieses Artikels genannten Zwecken und für den dort genannten Zeitraum an andere Stellen (nachstehend auch „Auftragsverarbeiter“ genannt) zu übermitteln.
4. Der Verantwortliche verpflichtet sich, dafür zu sorgen, dass alle Personen, die mit personenbezogenen Daten in Berührung kommen (insbesondere Angestellte des Verantwortlichen, Auftragsverarbeiter, Angestellte des Auftragsverarbeiters), auch nach Beendigung des Vertrags- oder Beschäftigungsverhältnisses die im Gesetz, im Versicherungsvertrag, in den Versicherungsbedingungen und in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegten Verpflichtungen einhalten.

## **Artikel 9.      Rechtshandlung, Zustellung**

1. Die Rechtshandlungen, die auf eine Änderung oder Beendigung der Versicherung abzielen, müssen schriftlich eingereicht werden.
2. Die Meldung eines Versicherungsfalls kann auch telefonisch, per E-Mail oder online über das Webportal Sawana [www.axa-assistance.cz/saxana](http://www.axa-assistance.cz/saxana) erfolgen;
3. sofern jedoch der Versicherer den Begünstigten dazu auffordert, muss die Meldung des Versicherungsfalls schriftlich auf dem entsprechenden Formular des Versicherers erfolgen.
4. Die Korrespondenz im Zusammenhang mit der Prüfung des Versicherungsfalls kann auch per E-Mail an die E-Mail-Adresse des Versicherers und/oder des Begünstigten, bzw. per Fax an die Faxnummer des Versicherers und/oder des Begünstigten übermittelt werden.
5. Auf schriftlichen Antrag des Begünstigten teilt der Versicherer dieser Person das Ergebnis der Prüfung des Versicherungsfalls schriftlich mit oder informiert er diese Person schriftlich über die Gründe, warum die Prüfung nicht innerhalb einer bestimmten Frist abgeschlossen werden kann.
6. Eine Rechtshandlung, die der Schriftform bedarf, muss dem anderen Beteiligten gemäß den Bestimmungen dieses Artikels zugestellt werden.
7. Die Rechtshandlung in schriftlicher Form (nachstehend auch „Schriftstück“ genannt) wird dem Empfänger wie folgt zugestellt:
  - a) durch den Inhaber einer Postlizenz aufgrund einer besonderen gesetzlichen Regelung an die letzte bekannte Anschrift des Empfängers, an den das Schriftstück gerichtet ist, oder
  - b) nach besonderen Rechtsvorschriften elektronisch signiert, oder
  - c) persönlich durch einen Angestellten oder eine bevollmächtigte Person des Versicherers.
8. Schriftstücke, einschließlich Beschwerden, können schriftlich an die Adresse des Assistenzdienstes geschickt werden: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62 Prag 4, Tschechische Republik. Sie können Ihre Beschwerde auch an die Tschechische Nationalbank, Na Příkopě 28, 115 03 Prag 1, Tschechische Republik, richten oder die Streitigkeiten vor Büro des Ombudsmanns des Tschechischen Versicherungsverbandes ([www.ombudsmancap.cz](http://www.ombudsmancap.cz)) oder die Tschechische Handelsinspektion ([www.coi.cz](http://www.coi.cz)) außergerichtlich lösen. Sie können auch die von der Europäischen Kommission angebotenen Dienste unter <https://webgate.ec.europa.eu/odr> nutzen .
9. Die Zustellung von Schriftstücken richtet sich nach den Bestimmungen von § 573 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Die Sendung, die über einen Postdienstleister verschickt wurde, gilt am dritten Werktag nach dem Versand als zugestellt; sofern diese jedoch an eine Adresse in einem anderen Land gesendet wurde, gilt sie am fünfzehnten Arbeitstag als zugestellt.
10. Verweigert der Empfänger die Annahme eines Schriftstücks, so gilt das Schriftstück an dem Tag als zugestellt, an dem der Empfänger die Annahme verweigert hat.

11. Wenn sich der Empfänger nicht am Zustellungsort aufhält, ohne den Versicherer darüber zu benachrichtigen, so gilt das Schriftstück an dem Tag als zugestellt, an dem die Sendung als unzustellbar zurückgegeben wurde.
12. Alle Rechtshandlungen und Mitteilungen, die die Versicherung betreffen, müssen in tschechischer oder englischer Sprache erfolgen.

## Artikel 10.      **Begriffsbestimmung**

**Akute Erkrankung** ist eine plötzliche Gesundheitsstörung des Versicherten, die während der Laufzeit der Versicherung aufgetreten ist und die ihrer Art nach das Leben oder die Gesundheit des Versicherten unabhängig von seinem Willen unmittelbar bedroht und eine notwendige und dringende Behandlung erfordert. Als akute Erkrankung gilt nicht eine Gesundheitsstörung, wenn mit der Behandlung vor Versicherungsbeginn begonnen wurde oder die Gesundheitsstörung bereits vor Versicherungsbeginn aufgetreten ist, auch wenn sie nicht ärztlich untersucht oder behandelt wurde.

**Assistenzdienst** ist eine juristische Person, die im Namen und Auftrag des Versicherers Versicherungsleistungen und damit verbundene Assistenzleistungen für den Leistungsempfänger erbringt. Der Assistenzdienst vertritt den Versicherer bei der Beantragung, Prüfung und Regulierung von Schadensfällen. Der Assistenzdienst oder ein anderer vom Versicherer bevollmächtigter Vertreter ist berechtigt, in allen in diesen Versicherungsbedingungen definierten Versicherungsfällen aus der Versicherung zu handeln. Anschrift - Assistenzdienst: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62 PRAHA 4.

**Gewöhnliche Sportarten** sind folgende gewöhnliche Freizeitsportaktivitäten und Sportarten, die auf Freizeitebene ausgeübt werden: Aerobic, Airsoft, Wassergymnastik, Badminton, Baseball, Basketball, Skilanglauf auf markierten Strecken, Boccia, Bowling, Bridge, Schlittschuhlaufen, Bumerang, Bungee-Running, Bungee-Trampolin, Curling, Radfahren, Dragonboat - Drachenboote, Fitness und Bodybuilding, Floorball, Footbag, Fußball, Frisbee, Goalball, Golf, Handball, Mountainbiking (außer Downhill), Cheerleader, Inline-Skating, reiten, Elefanten- oder Kamelreiten, Wasserbananenreiten, Tretbootfahren, Yoga, Kajak oder Kanu der Schwierigkeitsstufe WW1, Karten- und andere Brettspiele, Kickboxen - Aerobic, Rounders, Rounders, Korfball, Cricket, Billard, Murmeln, Bodybuilding, Kegeln, Skifahren auf markierten Strecken, Eisstockschießen, niedrige Seilhindernisse (bis zu 1,5 m), Minitrampolin, modernes Turnen, Netzball, Orientierungslauf (einschließlich Funk), Pétanque, Schwimmen, Beachvolleyball, Tauchen mit Atemgerät bis zu einer Tiefe von 10 m mit oder ohne Tauchlehrer, sofern der Versicherte im Besitz der für die Ausübung der Tätigkeit erforderlichen Bescheinigung (Genehmigung) ist, Rafting der Schwierigkeitsstufe WW1, Angeln vom Ufer aus, Showdown, Snowboarden auf markierten Strecken einschließlich eines Snowparks, Softball, Spinning, Sportmodellieren, Squash, Tischfußball, Tischhockey, Tischtennis, Streetball, Synchronschwimmen, Schach, Fechten (klassisch), Dart, Schnorcheln, Gesellschaftstanz, Tennis, Tai Chi, Tchoukball, Rudern, Wasserski, Wasserball, Volleyball, Wandern oder Trekking in leichtem Gelände mit einem Schwierigkeitsgrad von max. 1UIAA und auf markierten Routen ohne Verwendung von Kletterhilfen und/oder Bewegung und Aufenthalt in Höhen bis zu 3.000 m über dem Meeresspiegel, Klettersteige des Schwierigkeitsgrades A, Jonglieren (Diabolo, Feuershow, Jonglieren, Jojo) und andere Sportarten mit ähnlichem Risiko. Der Versicherer entscheidet über die Gefahr von Sportarten und Aktivitäten.

Die Ausübung gewöhnlicher Sportarten auf Freizeitebene ist durch diese Versicherung ohne Erhöhung des Basissatzes abgedeckt.

**Zeitwert** ist der Wert der Sache unmittelbar vor dem Versicherungsfall; er wird aus dem Neupreis der Sache unter Berücksichtigung des Grades der Abnutzung oder sonstigen Verschlechterung oder der Wertsteigerung der Sache durch Reparatur, Modernisierung oder sonstige Maßnahmen ermittelt.

**Heimatland** ist das Land, in dem der Versicherte ständig wohnt.

**Stationäre Behandlung** ist ein allgemeiner Begriff für eine längere mehrtägige Behandlung von Personen, bzw. Patienten in einer stationären medizinischen Einrichtung, die nicht ambulant durchgeführt werden kann und mindestens 24 Stunden dauert. Dies geschieht in der Regel in einem Krankenhaus aufgrund einer schweren Verletzung oder einer schweren Krankheit.

**Unvorhergesehenes Ereignis** ist ein Ereignis, von dem vernünftigerweise erwartet wird, dass es während der Versicherungsdauer eintritt, von dem aber zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses nicht klar ist, ob und wann es eintreten wird.

**Nicht versicherbare Sportarten** sind gewöhnliche Sportarten, die nicht als Freizeitsport ausgeübt werden, sowie alle Sportarten, die nicht ausdrücklich unter den gewöhnlichen Sportarten aufgeführt sind. Eine andere Ebene als die des Freizeitsports ist definiert als die Ausübung von Sport zu Leistungszwecken oder in Verbindung mit der Ausübung von Berufssport oder während der Teilnahme an und der Vorbereitung auf öffentlich organisierte Sportwettbewerbe.

**Begünstigter** ist eine Person, die aufgrund des Versicherungsfalls Anspruch auf die Versicherungsleistung hat.

**Eine dem Versicherten nahestehende Person** ist nach § 22 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ein Verwandter in gerader Linie, ein Geschwisterteil, ein Ehegatte, ein Partner nach einem anderen Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft; andere Personen, die in einem familiären oder ähnlichen Verhältnis zueinander stehen, gelten als nahestehend, wenn der Schaden, den einer von ihnen erleidet, von dem anderen vernünftigerweise als sein eigener angesehen werden kann. Es gilt als vereinbart, dass auch verschwägte Personen oder dauerhaft zusammenleben Personen als nahestehende Personen betrachtet werden.

**Versicherungsdauer** ist der Zeitraum, für den die Versicherung vereinbart wurde.

**Versicherungsfall** ist ein durch die Versicherung gedecktes unvorhergesehenes Ereignis gemäß dem Versicherungsvertrag oder gemäß den Besonderen Versicherungsbedingungen, das während der Versicherungsdauer eintritt und die Verpflichtung des Versicherers auslöst, für den Versicherungsnehmer oder einen Dritten Versicherungsleistungen gemäß den Bestimmungen der Versicherungsbedingungen zu erbringen.

**Versicherungsleistung** ist die Leistung, die der Versicherer bei Eintritt des Versicherungsfalles zu erbringen hat; der Versicherer erbringt sie nach Maßgabe der Bestimmungen des Versicherungsvertrags und der Versicherungsbedingungen.

**Versicherer** ist eine juristische Person, die gemäß dem Gesetz Nr. 277/2009 Slg. über das Versicherungswesen, in der jeweils gültigen Fassung, zur Ausübung von Versicherungstätigkeiten berechtigt ist,

**Versicherungsnehmer** ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abgeschlossen hat.

**Versicherter** ist eine natürliche Person, deren Gesundheit oder sonstiger Wert von versicherbarem Interesse durch die Versicherung gedeckt ist, die ein Ticket beim Versicherer gekauft und die Versicherung über das Webportal [www.Kiwi.com](http://www.Kiwi.com) abgeschlossen hat.

**Versicherung** ist ein durch einen Versicherungsvertrag begründetes Rechtsverhältnis, durch das sich der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer verpflichtet, für den Versicherten oder einen anderen, vom Versicherten abweichenden Begünstigten Versicherungsleistung zu erbringen, wenn ein durch die Versicherung gedecktes unvorhergesehenes Ereignis (ein Versicherungsfall) eintritt, und der Versicherungsnehmer sich verpflichtet, dem Versicherer eine Prämie zu zahlen. Als Versicherung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gelten die Reisekrankenversicherung, die Versicherung der Assistenzleistungen, die Haftpflichtversicherung und die Reiserücktrittsversicherung.

**Berufssport** ist die Erzielung sportlicher Ergebnisse gegen Entgelt oder eine andere Vergütung im Rahmen eines Vertrags mit einer Sportorganisation oder wenn die Vergütung für eine bestimmte sportliche Tätigkeit eine Einkommensquelle für den Sportler darstellt. Für die Zwecke dieser Versicherung auch andere Mitglieder der Sportmannschaft als Berufssportler betrachtet.

**Übersicht der Versicherungsleistungen** ist eine Übersicht aller Versicherungssummen, Versicherungsleistungsgrenzen und vereinbarten Selbstbehalte für einzelne Versicherungen im Rahmen der Versicherung. Die Übersicht der Versicherungsleistungen ist ein integrierender Bestandteil der Versicherungsbedingungen.

**Separate Reiseleistung** ist die Unterbringung, die Anmietung eines Fahrzeugs bei einer Autovermietung, eine im Voraus gekaufte Bahn-/Busfahrkarte oder ein Fähreticket.

**Geschäftsreise** im Sinne dieser Versicherung ist eine Auslandsreise zum Zweck einer geschäftlichen Besprechung oder eine Reise zur Verrichtung von administrativen oder manuellen Arbeiten.

**Stabilisierte chronische Krankheit** ist eine zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrags bestehende Krankheit, wegen der der Versicherte in den letzten 12 Monaten vor Abschluss des Versicherungsvertrags nicht im Krankenhaus behandelt oder akut behandelt wurde, keine Änderung des ursprünglichen Gesundheitszustands, keine Änderung der Behandlungsmethode oder Anpassung der Medikation eingetreten ist, der Versicherte aufgrund dieser Krankheit nicht arbeitsunfähig ist und auch keine weiteren Untersuchungen vorgesehen sind, auf deren Ergebnisse gewartet wird, mit Ausnahme der regelmäßigen Nachuntersuchungen.

**Schadensfall** ist ein zufälliges Ereignis, das während der Laufzeit der Versicherung eintritt und das einen Anspruch auf Versicherungsleistungen gemäß diesen Versicherungsbedingungen für den Begünstigten begründen könnte. Sind die in den Besonderen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen erfüllt, wird der Schadensfall zum Versicherungsfall und der Versicherer ist zur Leistung verpflichtet.

**Terroranschlag** ist die Anwendung von Gewalt oder die Androhung von Gewalt durch eine Person oder eine Gruppe von Personen, allein oder in Verbindung mit einer Organisation oder einer Regierung, aus politischen, religiösen, ideologischen oder ethnischen Gründen oder Zwecken, die der menschlichen Gesundheit, materiellen oder immateriellen Gütern oder der Infrastruktur Schaden zufügen, einschließlich der Absicht, eine Regierung zu beeinflussen oder die Bevölkerung oder einen Teil der Bevölkerung einzuschüchtern.

**Touristische Reise** ist eine Erholungs- und/oder Besichtigungsreise oder ein Aufenthalt; eine touristische Reise umfasst keine Aktivitäten, die als Geschäftsreise definiert sind.

**Bettlägerigkeit** - unter der Bettlägerigkeit versteht sich eine Situation, in der der Gesundheitszustand des Versicherten ständige Bettruhe erfordert und es dem Versicherten nur erlaubt, das Bett zu verlassen, wenn es unbedingt notwendig ist.

**Unfall** ist eine unerwartete und plötzliche, vom Willen des Versicherten unabhängige Einwirkung äußerer Kräfte oder eigener Körperkräfte, die sich während der Versicherungsdauer ereignet und zu einer Schädigung der Gesundheit oder zum Tod des Versicherten führt.

**Öffentlich organisierter Sportwettbewerb** (nachstehend „Wettbewerb“ genannt) ist ein Wettbewerb, der von einer Sport- oder sonstigen Organisation, einem Sport- oder sonstigen Verein organisiert wird, sowie jede Vorbereitung auf diese Aktivität oder eine im Voraus organisierte Expedition mit dem Ziel, bestimmte sportliche Ergebnisse zu erzielen.

**Vernachlässigte Pflege** ist solche Pflege, wenn sich der Versicherte nicht regelmäßig (mindestens einmal im Jahr) einer zahnärztlichen oder gynäkologischen Untersuchung unterzieht.

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Fälle:

- a) wenn der Versicherte die Anweisungen des Versicherers oder des Assistenzdienstes nicht befolgt und nicht wirksam mit ihnen zusammenarbeitet oder die vom Versicherer oder Assistenzdienst verlangten Unterlagen nicht vorlegt;
- b) wenn der Schadensfall zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung vorhersehbar oder bekannt war;
- c) wenn der Schadensfall durch Selbstmord, Selbstmordversuch oder vorsätzliche Selbstschädigung des Versicherten eingetreten ist;
- d) wenn der Schadensfall im Zusammenhang mit einem vom Versicherten oder vom Begünstigten verursachten Aufruhr oder im Zusammenhang mit einer von einer dieser Personen begangenen Straftat eingetreten ist;
- e) wenn der Schadensfall im Zusammenhang mit der aktiven oder passiven Teilnahme des Versicherten oder des Begünstigten an einem kriegerischen Konflikt, friedenserhaltenden Maßnahmen, Kampfhandlungen oder Kriegshandlungen eingetreten ist;
- f) wenn der Schadensfall im Zusammenhang mit der aktiven oder passiven Teilnahme des Versicherten oder des Begünstigten an einem Aufruhr, einer Demonstration, einem Aufstand oder Unruhen, öffentlichen Gewalttätigkeiten, Streiks oder einer Intervention oder Entscheidung von Behörden eintritt;
- g) wenn der Schadensfall im Zusammenhang mit der aktiven Teilnahme des Versicherten oder des Begünstigten an einer terroristischen Handlung oder deren Vorbereitung entstanden ist;
- h) wenn der Schadensfall auf einer Reise eintritt, die der Versicherte oder der Begünstigte unternommen hat, nachdem das Außenministerium der Tschechischen Republik, das British Foreign and Commonwealth Office, die Weltgesundheitsorganisation oder eine ähnliche Stelle erklärt hat, dass es für die Bürger nicht ratsam ist, in das betreffende Land oder Gebiet zu reisen oder dass es zum Kriegsgebiet erklärt wurde. Dieser Ausschluss gilt nicht für Empfehlungen dieser Stellen im Zusammenhang mit COVID-19.
- i) wenn der Schadensfall auf einer Reise eintritt, die der Versicherte oder der Begünstigte unternommen hat, nachdem das Außenministerium der Tschechischen Republik, das British Foreign and Commonwealth Office, die Weltgesundheitsorganisation oder eine ähnliche Stelle erklärt hat, dass sie Bürgern die Reise in das betreffende Land oder Gebiet untersagt;
- j) wenn der Schadensfall im Zusammenhang mit einer Verletzung der Sicherheitsvorschriften oder -maßnahmen des jeweiligen Landes eingetreten ist und/oder wenn der Versicherte oder der Begünstigte die Sicherheitsvorschriften nicht beachtet hat oder zum Zeitpunkt des Ereignisses nicht über die entsprechende Schutzausrüstung (Arbeitsschutzausrüstung, Helm beim Radfahren, Skifahren und Snowboarden, Helm und Schwimmweste beim Wassersport usw.) verfügte oder nicht im Besitz einer entsprechenden gültigen Genehmigung war, wie z. B. eines Führerscheins für ein Kraftfahrzeug, einer Zulassung für Sporttauchen usw.;
- k) wenn der Schadensfall im Zusammenhang mit den Folgen von Alkohol oder anderen Betäubungsmitteln, toxischen oder psychotropen Stoffen eingetreten ist;
- l) wenn der Schadensfall im Zusammenhang mit der Ausübung von nicht versicherbaren Sportarten eingetreten ist;
- m) wenn der Schadensfall im Zusammenhang mit einer Handlung eingetreten ist, bei der der Versicherte oder der Begünstigte die im jeweiligen Land geltenden Rechtsvorschriften nicht eingehalten hat;
- n) wenn der Schadensfall durch Kernenergie oder nukleare Gefahren verursacht wurde oder damit zusammenhängt;
- o) wenn der Schadensfall durch eine chemische oder biologische Kontamination verursacht wurde;
- p) wenn der Versicherer oder der Begünstigte an Expeditionen oder Wanderungen an einen Ort mit extremen klimatischen oder natürlichen Bedingungen, an einen geografisch abgelegenen Ort oder in große unbewohnte Gebiete (z. B. Wüste, offenes Meer, Polargebiete usw.) teilnimmt;
- q) wenn der Versicherer nicht in der Lage war, den Schadensfall zu prüfen, weil der Versicherte oder der Begünstigte es versäumt hat, den behandelnden Arzt oder eine andere Einrichtung, die der Versicherer oder der Assistenzdienst beim Versicherten oder Begünstigten angefordert hat, gegenüber dem Versicherer oder dem Assistenzdienst von der Verschwiegenheitspflicht zu entbindenden;
- r) wenn der Versicherte oder der Begünstigte den Versicherer oder den Assistenzdienst daran gehindert hat, den Kontakt zwischen den behandelnden Ärzten oder jeder anderen vom Versicherer oder Assistenzdienst angeforderten Einrichtung herzustellen;
- s) wenn der Schadensfall bei der Handhabung von Pyrotechnik oder Feuerwaffen eingetreten ist;
- t) wenn der Versicherte oder der Begünstigte den Versicherer oder den Assistenzdienst wissentlich falsch oder unvollständig über einen Schadensfall informiert hat;
- u) wenn der Schadensfall im Zusammenhang mit der Ausübung der Tätigkeit eines Soldaten, eines Polizeibeamten, eines Mitglieds einer anderen uniformierten Kraft oder einer anderen Sicherheitskraft oder eines Korps und im Zusammenhang mit einer Arbeitstätigkeit manueller Natur eingetreten ist;

- v) wenn der Versicherte oder der Begünstigte oder auf dessen Veranlassung ein Dritter den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat.
2. Weitere Ausschlüsse können in Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt werden.
  3. Darüber hinaus übernimmt der Versicherer folgende Kosten nicht:
    - a) Kosten des Versicherten oder anderer Personen, die mit der Kontaktaufnahme mit dem Versicherer oder dem Assistenzdienst des Versicherers verbunden sind;
    - b) alle Kosten für Telefongespräche, einschließlich Roaming-Kosten für Rückrufe ins Ausland.

## **Artikel 12.      Obliegenheiten des Versicherungsnehmers**

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet:
  - a) dem Versicherer die Prämie für jede einzelne Versicherung gemäß dem Versicherungsvertrag ordnungsgemäß und rechtzeitig zu zahlen;
  - b) jeden Versicherten über den Inhalt dieser Versicherungsbedingungen, des Informationsdokuments für Versicherungsprodukte, der Informationen für Versicherungsantragsteller und des Informationsmemorandums über die Verarbeitung personenbezogener Daten sowie andere Informationen über die zu vermittelnde Versicherung in Kenntnis zu setzen und diese dem Versicherten zusammen mit dem Versicherungsschein unmittelbar nach Abschluss der Versicherung in der im Versicherungsvertrag vereinbarten Weise zu übermitteln;
  - c) mit dem Versicherer oder dem Assistenzdienst bei der Prüfung des Eintritts des Schadensfalls und der Schadensregulierung zusammenzuarbeiten;
  - d) den Versicherer oder den Assistenzdienst unverzüglich über alle die Versicherung betreffenden Änderungen zu informieren;
  - e) im Falle einer Änderung der bereits abgeschlossenen Versicherung unverzüglich diejenigen Versicherten, deren Versicherung auf der Grundlage der abgeschlossenen Versicherung beendet wurde, über deren Beendigung zu informieren, und diejenigen Versicherten, deren Versicherung auf der Grundlage der abgeschlossenen Versicherung neu abgeschlossen wurde, über deren Zustandekommen zu informieren;
  - f) den Versicherer oder den Assistenzdienst unverzüglich über jeden ihm bekannt gewordenen Schadensfall zu informieren.
2. Die Bestimmungen dieses Artikels berühren nicht die Verpflichtungen des Versicherungsnehmers aus dem Versicherungsvertrag.

## **Artikel 13.      Pflichten des Versicherten und des Begünstigten**

1. Über die durch das Bürgerliche Gesetzbuch festgesetzten Pflichten hinaus ist der Versicherte verpflichtet, dafür zu sorgen, dass ein Versicherungsfall nicht eintritt, insbesondere darf er nicht gegen Pflichten verstoßen, die ihm durch gesetzliche Vorschriften zur Abwehr oder Minderung der Gefahr obliegen.
2. Die dem Versicherten in diesem Artikel auferlegten Verpflichtungen gelten auch für den Begünstigten.
3. Im Schadensfall ist der Versicherte verpflichtet, sich zunächst mit der Bitte um Sicherstellung der Leistungen, die Teil der Versicherung sind, an den Assistenzdienst zu wenden, ihn über den Schadensfall, insbesondere Datum und Ort des Eintritts des Schadensfalles, zu informieren, dem Versicherer die für die Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen erforderlichen Auskünfte zu erteilen, Weisungen des Assistenzdienstes einzuholen und entsprechend vorzugehen. Ist es dem Versicherten aufgrund der objektiven Umstände des Schadensfalls nicht möglich, sich vor der Erbringung der Leistungen mit einem Hilfersuchen an den Assistenzdienst zu wenden, ist er verpflichtet, dies zu tun, sobald die Umstände des Schadensfalls dies zulassen.
4. Im Schadensfall ist der Versicherte außerdem verpflichtet:
  - a) alles zu tun, um das Ausmaß des Schadens und seiner Folgen zu verringern;
  - b) nach der Rückkehr in das Heimatland dem Versicherer den Eintritt des Schadens unverzüglich schriftlich auf dem entsprechenden Formular „Schadensfallmeldung“ zu melden und wahrheitsgemäß zu erklären;
  - c) die Anweisungen des Versicherers und/oder des Assistenzdienstes zu befolgen und wirksam mit ihnen zusammenzuarbeiten sowie sonstige vom Versicherer und/oder Assistenzdienst auferlegte Verpflichtungen nach Eintritt des Schadensfalls zu erfüllen.

- d) den Schadensfall unverzüglich der Polizei am Ort des Geschehens anzuzeigen, wenn sich der Vorfall unter Umständen ereignet hat, die auf ein Verbrechen oder Vergehen schließen lassen, und dem Versicherer einen Polizeibericht vorzulegen;
  - e) nach Eintritt des Schadensfalles ausreichende Beweise für das Ausmaß des Schadensfalles durch polizeiliche oder andere Ermittlungsbehörden, Foto- oder Filmmaterial, Videoaufnahmen, Zeugenaussagen Dritter usw. vorzulegen;
  - f) alle Fragen des Versicherers oder des Assistenzdienstes, die sich auf die Versicherung und den Schadensfall sowie den Umfang seiner Folgen beziehen, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten;
  - g) dem Versicherer und/oder dem Assistenzdienst die Möglichkeit zu geben, alle erforderlichen Ermittlungen über den für die Beurteilung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen maßgebliche Schadensfall und dessen Höhe vorzunehmen und die dazu erforderliche Unterstützung zu leisten; und für die notwendige Mitarbeit zu sorgen; auf Verlangen des Versicherers von Ihrer Krankenkasse einen Auszug aus der „Einzelabrechnung des Versicherten“, einen Auszug aus der medizinischen Dokumentation oder ein schriftliches ärztliches Gutachten des behandelnden Arztes über den Gesundheitszustand des Versicherten vor Versicherungsbeginn anzufordern und dem Versicherer zu übergeben;
  - h) dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, dass im Zusammenhang mit dem Schadensfall ein Strafverfahren oder ein ähnliches Verfahren gegen den Versicherten eingeleitet worden ist, und den Versicherer wahrheitsgemäß über den Verlauf und die Ergebnisse eines solchen Verfahrens zu informieren;
  - i) den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer oder dem Assistenzdienst zu entbinden, um Informationen über den Gesundheitszustand oder die Todesursache des Versicherten zu erlangen.
5. Bei ihren Aktivitäten die einschlägigen Sicherheitsmaßnahmen des Landes einhalten, einschließlich der Verwendung funktioneller Schutzausrüstungen (Arbeitsschutzausrüstung, Helm beim Radfahren, Skifahren und Snowboarden, Helm und Schwimmweste beim Wassersport usw.); für die Aktivitäten, bei denen dies allgemein vorgeschrieben ist, ist es notwendig oder ratsam, im Besitz einer entsprechenden gültigen Genehmigung zu sein, wie z. B. eines Führerscheins für ein Kraftfahrzeug, einer Zulassung für Sporttauchen usw.
  6. Auf Verlangen des Versicherers oder des Assistenzdienstes ist der Versicherte oder der Begünstigte verpflichtet, auf eigene Kosten für die amtliche Übersetzung der für die Prüfung des Schadensfalls erforderlichen Dokumente ins Tschechische oder Englische zu sorgen.
  7. Hat der Versicherte eine gleichartige oder ähnliche Versicherung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft oder einer ähnlichen Einrichtung abgeschlossen, so ist er verpflichtet, dies dem Versicherer mitzuteilen.
  8. Wer Leistungen aus der Versicherung beansprucht, ist verpflichtet, die vom Versicherer oder dem Assistenzdienst angeforderten Unterlagen vorzulegen, soweit sie für die Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers sowie für die Höhe und den Umfang der Versicherungsleistung von Bedeutung sind.
  9. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, alle rechtlichen und tatsächlichen Maßnahmen zu ergreifen, die erforderlich sind, um den Versicherer in die Lage zu versetzen, ein Rückgriffsrecht auf Schadensersatz oder ein sonstiges ähnliches Recht, das dem Versicherer im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall oder der Erbringung der Versicherungsleistung entstanden ist, gegenüber einem Dritten geltend zu machen.
  10. Weitere Verpflichtungen des Versicherten und des Begünstigten können in Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt werden.

#### **Artikel 14. Rechte und Pflichten des Versicherers**

1. Zusätzlich zu den im Bürgerlichen Gesetzbuch und im Versicherungsvertrag festgelegten Pflichten hat der Versicherer folgende Pflichten:
  - a) mit dem Versicherten oder dem Begünstigten die Ergebnisse der Prüfung des Schadensfalls zu erörtern oder ihm diese Ergebnisse unverzüglich mitzuteilen;
  - b) nach eigenem Ermessen die für die Erbringung der Versicherungsleistung erforderlichen Originalbelege, insbesondere Originalrechnungen und sonstige Originalbelege zum Nachweis der dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten, anzufordern;
  - c) nach eigenem Ermessen Dokumente zu verlangen, die belegen, dass die Person, die den Anspruch auf Versicherungsleistungen geltend macht, der Begünstigte nach diesen Versicherungsbedingungen ist;
  - d) die dem Versicherer übergebenen Originaldokumente, deren Rückgabe vom Versicherten oder vom Begünstigten verlangt wird, dem Versicherten oder dem Begünstigten zurückzugeben, mit Ausnahme des Original-Zahlungsnachweises, auf dessen Grundlage die Versicherungsleistung erbracht wurde.
2. Insbesondere ist der Versicherer berechtigt
  - a) den Eintritt, den Verlauf und den Umfang des Schadensfalls zu prüfen (u. a. durch Einholung von Zeugenaussagen der beteiligten Personen, Sachverständigengutachten oder sonstigen Unterlagen);

- b) ärztliche Berichte, Abrechnungen des individuellen Kontos des Versicherten bei den Krankenversicherungen anzufordern und zu überprüfen.
3. Hat der Versicherte oder der Begünstigte die in diesen Versicherungsbedingungen oder in den Besonderen Versicherungsbedingungen genannten Obliegenheiten verletzt, ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsleistung anteilig zu kürzen oder zu verweigern.
  4. Hat der Versicherte oder der Begünstigte gegen die in diesen Versicherungsbedingungen oder in Besonderen Versicherungsbedingungen genannten Pflichten verstoßen und sind durch diesen Verstoß die dem Versicherer entstandenen Kosten für die Prüfung des Schadensfalls entstanden, bzw. wurden diese Kosten erhöht, so ist der Versicherer berechtigt, vom Versicherten oder vom Begünstigten die Erstattung dieser Kosten zu verlangen.

#### **Artikel 15.      Schlussbestimmungen**

1. Diese Versicherungsbedingungen sind integraler Bestandteil des Versicherungsvertrags sowie des Versicherungsscheins für jeden einzelnen Versicherungsvertrag.
2. Diese Versicherungsbedingungen sind in tschechischer, englischer, französischer, deutscher, italienischer und spanischer Sprache verfasst. Bei Widersprüchen zwischen den Bestimmungen der tschechischen und einer anderen Sprachversion haben die Bestimmungen der tschechischen Version der Versicherungsbedingungen Vorrang.
3. Soweit in diesen Versicherungsbedingungen auf allgemein verbindliche Rechtsvorschriften verwiesen wird, sind darunter die in der Tschechischen Republik bzw. in dem Land, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist, geltenden gesetzlichen Vorschriften zu verstehen.
4. Alle Streitigkeiten, die sich aus oder im Zusammenhang mit der Versicherung ergeben, werden von einem zuständigen Gericht in der Tschechischen Republik nach den allgemein verbindlichen Rechtsvorschriften entschieden, es sei denn, die am Versicherungsvertrag beteiligten Personen erzielen eine einvernehmliche Beilegung.
5. Sollten einzelne Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen infolge einer Änderung der allgemein verbindlichen Rechtsvorschriften ungültig oder strittig werden, so gelten die allgemein verbindlichen Rechtsvorschriften, die ihnen in Wesen und Zweck am nächsten kommen.
6. Diese Versicherungsbedingungen sind gültig ab dem 15. 7. 2023.