

STUDENTGUARD®

VERTRAG ÜBER EINE NOTFALLVERSICHERUNG

www.guard.me

VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR EINREISENDE VERSICHERTE

BITTE LESEN SIE DIESES DOKUMENT SORGFÄLTIG DURCH.

Diese Versicherung dient der Absicherung bei Unfällen und plötzlichen, nicht vorhersehbaren Krankheitsfällen. Der Versicherungsschutz besteht daher vorbehaltlich bestimmter Beschränkungen und Ausschlussklauseln, insbesondere eines Ausschlusses aufgrund von Krankheiten, Vorerkrankungen, Behandlungen und/oder Symptomen, die bereits vor Abschluss der Versicherung bestanden bzw. in den drei Monaten vor dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsvertrags aufgetreten sind bzw. nicht stabil waren.

Durch Ihr Einverständnis sowie die Zahlung des vollen Versicherungsbeitrags erlangt dieses Dokument den Status eines Versicherungsvertrags.

DEFINITIONEN

In dieser Police sowie in jedweder Ergänzung und Änderung dieser Vereinbarung gelten die folgenden Begriffsbestimmungen:

Das **Ablaufdatum** ist der Tag, an dem Ihr Versicherungsschutz gemäß diesem Vertrag endet. Der Versicherungsschutz endet entweder (a) an dem im Antragsformular angegebenen Ablaufdatum oder (b), bei Verlängerung des Vertrags, am Ablaufdatum der Verlängerung. Falls Sie aus anderen Gründen als den unter **Exkursionen** bzw. **Ins Heimatland zurückkehrende Kanadier** (siehe „Leistungen“) angegebenen Gründen in Ihr Heimatland zurückkehren, erlischt Ihr Versicherungsschutz am Tage Ihrer Rückkehr in Ihr Heimatland.

Angemessene und übliche Kosten sind die Beträge, die für Behandlungen, Leistungen und Materialien, die für die angemessene Behandlung der plötzlich aufgetretenen Krankheit oder Verletzung in der geographischen Gegend, in der sie behandelt wird, üblicherweise in Rechnung gestellt werden.

Anspruchsberechtigt ist jede Person unter 65 Jahren, die sich außerhalb ihres Heimatlandes (bzw. ein nach Kanada zurückkehrender kanadischer Bürger) als Studierender, Fakultätsmitglied, Lehrer, Begleitperson, Teilnehmer an Bildungs-/Geschäfts-/Kulturaustauschen sowie deren abhängige Angehörige im Alter von über 15 Tagen und unter 19 Jahren aufhält.

Der **Anspruchsverwalter** ist Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.).

Das **Antragsformular** ist das Formular, das Sie ausgefüllt und unterschrieben an uns zurücksenden, um eine Versicherung gemäß diesem Versicherungsvertrag abzuschließen. Das Antragsformular stellt einen wesentlichen Bestandteil des Versicherungsvertrags dar. Einige Begriffe werden im Antragsformular definiert, andere im Abschnitt „Definitionen“ dieses Dokuments.

Ein **Arzt** ist ein qualifizierter Mediziner, der am Ort seiner Berufsausübung amtlich zugelassen und wieder mit dem Versicherten identisch noch ein Verwandter des Versicherten ist.

Ausreisende Versicherte sind anspruchsberechtigte Versicherte, deren Heimatland Kanada ist und die vorübergehend außerhalb Kanadas wohnhaft sind.

Das **Datum des Inkrafttretens** ist der Tag, an dem Ihr Versicherungsschutz gemäß diesem Vertrag beginnt. Der Beginn des Versicherungsschutzes setzt: (a) am Tag, an dem der Versicherungsbeitrag entrichtet wurde, oder (b) am von Ihnen im Antragsformular gewünschten Datum des Versicherungsbeginns bzw. (c) am Tag Ihrer Abreise aus Ihrem Heimatland oder (d) – für heimkehrende Kanadier – am Tag Ihrer Rückkehr nach Kanada ein, je nachdem, welcher Zeitpunkt zuletzt eintritt.

Einreisende Versicherte sind anspruchsberechtigte Versicherte, deren Heimatland nicht Kanada ist und die vorübergehend in Kanada wohnhaft sind. Reisen in andere kanadische Provinzen fallen unter den Versicherungsschutz.

Eine **Erkrankung** bezeichnet das plötzliche Einsetzen einer Krankheit, die während der Versicherungsdauer erstmals auftritt und so schwerwiegend ist, dass Sie deshalb um unverzügliche medizinische Versorgung nachsuchen.

Anbieter von Heilhilfsberufen sind Personen mit einer Berufszulassung als Chiropraktiker, Osteopathen, Naturheilkundige, Akupunkteure, Fußpfleger oder Fußorthopäden, die nicht mit dem Versicherten identisch oder verwandt sind. Eine Überweisung von einem Arzt ist NICHT erforderlich.

Mit **Heimatland** ist das Land gemeint, in dem der Versicherte seinen ständigen Wohnsitz hat.

Die **Höchstleistung** ist der Betrag, der höchstens für eine bestimmte Leistung gezahlt wird und sich auf jene Dienste bezieht, die während des Deckungszeitraums in Anspruch genommen wurden. Ungeachtet der Anzahl der innerhalb eines Zeitraums von 365 Tagen ausgestellten Policen, erfolgt eine Erneuerung der Höchstleistungsbeträge für nachfolgende Deckungszeiträume erst:

- sobald seit dem Datum des Inkrafttretens der ursprünglich erworbenen Police 365 Tage vergangen sind sowie danach jedes Jahr zum Datum der jährlichen Vertragserneuerung; oder
- zum Datum des Inkrafttretens eines neuen Deckungszeitraums, unter der Voraussetzung, dass 365 Tage seit dem Datum des Inkrafttretens des ursprünglichen Deckungszeitraums der ersten Police vergangen sind.

Ein **Krankenhaus** ist eine Einrichtung, die hauptsächlich die Behandlung von Patienten auf stationärer Basis vorsieht, an ihrem Standort offiziell als Krankenhaus zugelassen ist, rund um die Uhr die Pflege und Versorgung der Patienten durch ausgebildete Krankenschwestern oder Krankenpfleger gewährleistet, mindestens einen Arzt rund um die Uhr in Bereitschaft hält, Räume für Diagnose und operative Eingriffe bereitstellt, über Röntgengeräte und OP-Ausstattung verfügt, nicht in erster Linie eine Klinik, ein Pflege-, Alters- oder Genesungsheim oder ähnliche Einrichtung darstellt und nur in Ausnahmefällen als Einrichtung zur Behandlung von Alkohol- oder Drogenproblemen dient.

Medikamente sind Arzneimittel, die für die Behandlung bzw. die Schmerzlinderung bei einer plötzlich auftretenden Erkrankung oder einer Verletzung medizinisch notwendig und verschreibungspflichtig sind.

Medizinisch notwendig sind Leistungen und Mittel, die erforderlich sind, um eine plötzlich auftretende Erkrankung oder eine Verletzung zu diagnostizieren oder zu behandeln bzw. akute Schmerzen und Leiden zu lindern. Medizinisch notwendige Krankenhausleistungen sind Leistungen, die aus Gründen der Sicherheit des Patienten nicht auf ambulanter Basis erbracht werden können.

Medizinische Versorgung umfasst ärztliche Ratschläge, Konsultationen, Behandlungen, Leistungen oder Diagnosen, die durch einen Arzt oder zugelassenen Anbieter von Heilhilfsberufen geleistet oder erbracht werden.

Ein **medizinisches Hilfsmittel** ist ein Gerät oder Hilfsmittel, das Ihnen von einem Arzt empfohlen wurde, um es Ihnen zu ermöglichen, trotz einer schwerwiegenden körperlichen Beeinträchtigung Ihrem Studium oder Ihrer Lehrverpflichtung an der Bildungseinrichtung, an der Sie eingeschrieben bzw. angestellt sind, nachzugehen. Der Begriff „medizinische Hilfsmittel“ umfasst u. a. Prothesen, Rollstühle, Blindenhunde und Hörgeräte, NICHT jedoch Brillen.

Ein **Notfall** ist eine unerwartete Erkrankung oder Verletzung, die innerhalb der Versicherungsdauer auftritt und unverzügliche medizinische Versorgung erfordert, um akute Schmerzen und Leiden zu lindern.

Der Begriff **Planverwalter** bezieht sich auf Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.).

Ein **Psychiater** ist ein qualifizierter psychiatrischer Arzt, der am Ort seiner Berufsausübung amtlich zugelassen und weder mit dem Versicherten identisch noch ein Verwandter des Versicherten ist.

Ein **Psychologe** ist eine wissenschaftlich ausgebildete Fachkraft auf dem Gebiet der Psychologie, die am Ort seiner Berufsausübung amtlich zugelassen und weder mit dem Versicherten identisch noch ein Verwandter des Versicherten ist.

Ein **Unfall** ist ein plötzliches, unvorhersehbares und unvermeidbares externes Ereignis, das direkt und unabhängig von allen anderen Ursachen während der Versicherungsdauer zu einem Körperschaden des Versicherten führt.

Eine **Verletzung** bezeichnet einen Körperschaden des Versicherten, die infolge eines Unfalls innerhalb der Versicherungsdauer auftritt.

Die Begriffe **der Versicherte, Sie, Ihnen und Ihr** beziehen sich auf jedwede anspruchsberechtigte Person, die einen Antrag auf Versicherungsschutz stellt und den entsprechenden Versicherungsbeitrag gemäß diesem Vertrag zahlt, und von Unserem Planverwalter eine Bestätigung über das Zustandekommen des Versicherungsvertrags bzw. eine gültige Versichertenkarte erhält.

Die Begriffe **der Versicherer, wir, uns, unser/e/r/s** beziehen sich auf **Reliable Life Insurance Company**.

Die **Versicherungsdauer** ist der Zeitraum, während dessen Sie gemäß dieses Versicherungsvertrags versichert sind. Er beginnt um 00:01 Uhr am Tag des Inkrafttretens und endet um 24 Uhr entweder (a) des Tages, der im Antragsformular als Ablaufdatum angegeben ist, oder (b) ggf. des Ablaufdatums einer Verlängerung dieses Vertrags. Falls Sie aus anderen Gründen als unter **Exkursionen** bzw. **Ins Heimatland zurückkehrende Kanadier** (siehe „Leistungen“) angegeben in Ihr Heimatland zurückkehren, erlischt Ihr Versicherungsschutz am Tag Ihrer Heimkehr. Die maximale Versicherungsdauer einschließlich möglicher Verlängerungen beträgt 365 aufeinander folgende Tage ab dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsvertrags.

Der **Versicherungsschutz** sind die in diesem Dokument beschriebenen Leistungen im Notfall. Der Versicherungsschutz gilt weltweit; in Ihrem Heimatland jedoch nur mit Einschränkung. Siehe dazu **Exkursionen** bzw. **Ins Heimatland zurückkehrende Kanadier** (unter „Leistungen“) sowie Ausschlussklausel Nr. 6.

Ein **Zahnarzt** ist ein qualifizierter Arzt der Zahnmedizin, der am Ort seiner Berufsausübung amtlich zugelassen und weder mit dem Versicherten identisch noch ein Verwandter des Versicherten ist.

VERSICHERUNGSVERTRAG

Erleidet ein anspruchsberechtigter Versicherte innerhalb der Versicherungsdauer eine Verletzung oder eine plötzlich aufgetretene Erkrankung, verpflichtet sich der Versicherer vorbehaltlich der Vertrags- und Geschäftsbedingungen, Beschränkungen und Ausschlussklauseln, die dadurch entstehenden angemessenen und üblichen Kosten gemäß diesem Vertrag bis zu der für den Einzelfall festgelegten Höchstleistung, jedoch insgesamt bis maximal 2.000.000 C\$ zu erstatten. Alle in diesem Vertrag angegebenen Höchstleistungsbeträge beziehen sich auf die Leistungen für einen Versicherten für die Dauer des Deckungszeitraums (falls nicht anders angegeben) und sind in kanadischen Dollar (C\$) angegeben. Der Versicherungsschutz gemäß diesem Vertrag setzt voraus, dass der Versicherte zum Datum des Inkrafttretens des Vertrags keine ihm bekannten gesundheitlichen Probleme hat, die zu medizinischen Ausgaben innerhalb der Versicherungsdauer führen könnten.

LEISTUNGEN

Die Versicherungsleistungen gemäß diesem Vertrag gelten ohne Selbstbehalt. Sie werden auf der Basis von angemessenen und üblichen Kosten für medizinische Leistungen gezahlt, die während des Deckungszeitraums bis zum Höchstleistungsbetrag (falls nicht anders angegeben) in Anspruch genommen werden. Diese Versicherung deckt Kosten in einer Gesamthöhe von bis zu 2.000.000 C\$ für nachfolgend aufgelistete medizinisch notwendige Leistungen zur Behandlung gesundheitlicher Probleme ab, die während der Versicherungsdauer erstmals auftreten. Medizinisch notwendige Leistungen umfassen, im angemessenen Rahmen, auch Nachuntersuchungen, Tests und Operationen zur Stabilisierung des gesundheitlichen Zustands nach Behandlung des ursprünglichen Notfalls.

Krankenhausleistungen • Krankenhauskosten für ein Zimmer zweiter Klasse, Verpflegung sowie weitere notwendige Leistungen und Mittel, einschließlich von Arzneimitteln, die während eines Krankenhausaufenthalts aus medizinischen Gründen verabreicht werden; keine Beschränkung der Länge des Aufenthalts; ein Privatzimmer wird vom Anspruchsverwalter zugeteilt und genehmigt, falls dieses medizinisch notwendig ist. Zu *Aufhalten in psychiatrischen Kliniken*, siehe nachstehend. Kosten für ambulante oder stationäre medizinische Versorgung im Notfall; Kosten für Anästhesie und Blutprodukte sowie die mit der Verabreichung dieser Produkte verbundenen Kosten. **Alle operativen Eingriffe erfordern eine vorherige schriftliche Genehmigung des Anspruchsverwalters**; es sei denn, eine Verzögerung des Eingriffs wäre lebensbedrohend.

Arztgebühren • Alle von einem Arzt für medizinische Versorgung und professionelle Leistungen in Rechnung gestellten Gebühren;

Psychiatrische Behandlung • Die Gebühren eines Psychiaters werden bei stationärer Behandlung nach einem Notfall bis zu einer lebenslangen Höchstgrenze von 10.000 C\$ übernommen.

Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik • Bei Noteinweisung in ein Krankenhaus hauptsächlich zwecks psychiatrischer Behandlung werden die Kosten für lebenslang maximal 30 Tage Aufenthalt übernommen.

Psychotherapie • Kosten für Behandlungen auf ambulanter Basis, einschließlich psychiatrischer und psychologischer Beratung, werden bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 1.000 C\$ übernommen.

Röntgenaufnahmen, Labortests und diagnostische Verfahren • Gebühren für technische Dienste und Auswertungen. Sämtliche größeren diagnostischen Verfahren, insbesondere Kernspin- und Computertomografien, erfordern die **schriftliche Genehmigung des Anspruchsverwalters**.

Verschreibungspflichtige Medikamente • Maximal für 30 Tage pro Medikament mit Ausnahme der während eines Krankenhausaufenthalts verabreichten Arzneimittel.

Hauspflege • Bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 15.000 C\$ für die ärztlich verordnete Pflege durch eine staatliche anerkannte Krankenschwester, Krankenpflegehelferin oder häusliche Pflegerin, die jedoch nicht mit Versicherten identisch oder verwandt bzw. ein Mitglied seines Haushalts sein darf.

Physiotherapie und Sprachtherapie • Bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 1.000 C\$ für die Dienste eines Physiotherapeuten oder Logopäden mit Ausnahme der Behandlungen während eines Krankenhausaufenthalts.

Medizinische Gerätschaften und Materialien • **Nur erstattungsfähig, wenn aufgrund einer unter den Versicherungsschutz fallenden Verletzung oder Krankheit erforderlich.** Erwerbskosten für Prothesen, Verbandsmaterialien u. Ä.; Mietkosten für Rollstühle, Krücken, Krankenbetten und andere Ausstattung, die jedoch den Kaufpreis nicht überschreiten dürfen. Bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 200 C\$ für die Verschreibung von Brillen und Kontaktlinsen, bzw. bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 300 C\$ für Hörhilfen. Bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 300 C\$ für angepasste Orthesen, bzw. bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 800 C\$ für angepasste Kniestützen.

Notfalltransport • Volle Erstattung medizinisch notwendiger Transporte mit einem zugelassenen Rettungsdienst zum nächstgelegenen Krankenhaus; Notfallverlegung in andere Krankenhäuser, falls ärztlich angeordnet, einschließlich der Nutzergebühren; ODER Erstattung der Taxikosten ins Krankenhaus oder eine Klinik zur Behandlung unter den Versicherungsschutz fallender Erkrankungen und zurück bis max. 100 C\$

Heilhilfsbehandlungen • Bis zu 500 C\$ pro Anbieter eines Heilhilfsberufs (Chiropraktiker, Osteopath, Naturheilkundler, Akupunktur, Fußpfleger oder Fußorthopäde) für alle Leistungen, einschl. Röntgenuntersuchungen.

Unfallbedingte Zahnbehandlung • Bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 4.000 C\$ für eine unfallbedingte Zahnbehandlung zwecks Reparatur oder Ersatz natürlicher oder fest eingesetzter künstlicher Zähne als Folge eines unfallbedingten Stoßes gegen den Mund. Bis zu 500 C\$ für Notreparaturen an künstlichen Zähnen, einschl. Brücken und Plattenprothesen. Die Behandlung muss innerhalb von 90 Tagen nach dem Unfall erfolgen. Kosten für die Reparatur von Schäden, die beim Kauen oder durch Fremdkörper im oder am Mund entstanden sind, werden nicht erstattet.

Notfall-Zahnbehandlung • (a) Bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 100 C\$ pro Zahn zur Entfernung impactierter Weisheitszähne oder (b), bei Abschluss der Versicherung für mindestens 6 aufeinander folgende Monate, Notfallbehandlung zur sofortigen Linderung von Schmerzen bis zu einer Gesamtsumme von C\$ 600, einschließlich von Wurzelbehandlungen und Behandlung der Weißheitszähne.

Warzenbehandlung • Erstattung bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 500 C\$ für die Behandlung jeder Art von Warzen.

Versicherungsschutz bei Schwangerschaft • Bei Schwangerschaften, die erst nach dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsvertrags einsetzen, sind die Kosten für schwerwiegende Komplikationen bis zur Vertragshöchstsumme gedeckt. Übliche Schwangerschaftsbeschwerden wie morgendliche Übelkeit, Schmierblutungen usw. sowie übliche Untersuchungen wie Ultraschall, Blut- und Urinuntersuchungen sowie Tests auf Schwangerschaftsdiabetes usw. gelten nicht als schwerwiegende Komplikationen.

Jährliche Untersuchung • Bei Abschluss der Versicherung für mindestens 6 aufeinander folgende Monate werden pro 365-Tage-Zeitraum bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 150 C\$ für einen Arztbesuch in Kanada für eine nicht-notfallbedingte Untersuchung und damit verbundene Tests sowie ein Beratungsgespräch und die Verschreibung der „Pille danach“ erstattet.

Augenuntersuchung • Bei Abschluss der Versicherung für mindestens 6 aufeinander folgende Monate, werden die Kosten für einen Besuch bei einem Optometristen in Kanada für eine nicht-notfallbedingte Untersuchung mit einem Höchstleistungsbetrag von 100 C\$ erstattet. Hinweis: Die Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen werden NICHT übernommen.

Exkursionen • Für Reisen außerhalb Kanadas (aber nicht in Ihr Heimatland) gilt der Versicherungsschutz, solange mehr als 50 % der Gesamtversicherungsdauer in Kanada verbracht werden. Aufenthalte in den USA dürfen jeweils nicht länger als 30 Tage währen. Im Heimatland des Versicherten entstandene Kosten werden nicht übernommen; es sei denn, die Reise in das

LEISTUNGEN

Heimatland wurde extra unternommen, um an einer von der Bildungseinrichtung organisierten Sport- oder sonstigen Veranstaltung teilzunehmen. Eine Ausnahme gilt für in ihr Heimatland zurückkehrende Kanadier (siehe nachstehend).

Ins Heimatland zurückkehrende Kanadier • Für Kanadier, die nach Kanada zurückkehren, kann der Versicherungsschutz je nach Versicherungsdauer übergangsweise noch bis zu 90 Tagen weitergelten, bis die Krankenversicherung der jeweiligen Provinz (GHIP) in Anspruch genommen werden kann.

Geräteersatz bei Defekten, Funktionsfehlern oder Diebstahl von medizinischen Hilfsmitteln • Falls innerhalb der Versicherungsdauer ein vom Versicherten benötigtes medizinisches Hilfsmittel gestohlen und nicht wiederaufgefunden wird, bzw. einen Defekt oder Funktionsfehler neu aufweist, der die Benutzung des Hilfsmittels unmöglich macht, werden bis zu einem Höchstleistungsbetrag von 1.000 C\$ der Reparatur- bzw. Neuanschaffungskosten erstattet. Ausgenommen sind Defekte und Funktionsfehler, die unter die Gewährleistungspflicht des Herstellers fallen.

Traumaberation • Erleidet ein Versicherter den Verlust eines Körperglieds oder des Augenlichts in einem oder beiden Augen innerhalb von 90 Tagen nach einem innerhalb der Versicherungsdauer erfolgten Unfalls, werden die Kosten für bis zu 6 Traumaberatungssitzungen erstattet.

Unfalltod und unfallbedingter Körperteilverlust • Falls ein Versicherter als Folge eines Unfalls, einer Verletzung, Erkrankung oder anderen, unter den Versicherungsschutz fallenden Ereignisses innerhalb von 90 Tagen stirbt oder eine dauerhafte Behinderung erleidet, wird Schmerzensgeld in Höhe von maximal 50.000 C\$ gemäß der nachstehenden Übersicht gezahlt. Falls Gesamtforderungen für ein und denselben Unfall den Betrag von 1.250.000 C\$ überschreiten, ist die Haftung des Versicherers für diesen Unfall auf den Betrag von 1.250.000 C\$ begrenzt. Dieser Betrag wird proportional auf alle unter StudentGuard versicherten Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Im Todesfall erfolgt die Zahlung an den Nachlass des Versicherten.

Übersicht über Schmerzensgeldzahlungen

Todesfall	50.000 C\$
Verlust von zwei oder mehr Körperteilen	50.000 C\$
Verlust des Augenlichts in beiden Augen	50.000 C\$
Verlust eines Körperteils und des Augenlichts in einem Auge	50.000 C\$
Verlust eines Körperteils	25.000 C\$
Verlust des Augenlichts in einem Auge	25.000 C\$

Der „Verlust eines Körperteils“ bezeichnet die Abtrennung von Hand oder Fuß an oder über dem Hand- oder Fußgelenk oder eine vollständige, irreversible Lähmung.

„Verlust des Augenlichts“ bezeichnet einen vollständigen, irreversiblen Verlust der Sehkraft.

VERSCHWINDEN: Falls ein Versicherter verschwindet und nach angemessener Zeit davon auszugehen ist, dass die Person aufgrund eines Körperschadens verstorben ist, wird das Schmerzensgeld für den Todesfall vorbehaltlich einer schriftlichen Versicherung ausbezahlt, dass dem Versicherer die Summe erstattet wird, falls sich die Auszahlung als unberechtigt erweisen sollte.

UNTERKÜHLUNG: Die Verletzung eines Versicherten als direkte Folge unvermeidbarer Wettereinflüsse wird als Körperschaden gewertet und berechtigt zu Schmerzensgeldzahlungen gemäß der vorstehenden Übersicht.

ÖFFENTLICHE VERKEHRSMITTEL: Stirbt ein Versicherter als Folge einer Verletzung, die er sich als zahlender Passagier (a) in einem öffentlichen Verkehrsmittel jeder Art oder (b) auf einem Linienflug per Flugzeug oder Hubschrauber zuzog, erhöht sich die Zahlung im Todesfall auf 100.000 C\$.

Die im Folgenden aufgeführten Transportkosten sind erstattungsfähig, bedürfen jedoch der vorherigen Zustimmung durch den Anspruchsverwalter und dürfen insgesamt den Betrag von 200.000 C\$ pro Versicherungsdauer nicht überschreiten.

Flugtransport • Die Kosten für den Transport des Versicherten zum nächstgelegenen Krankenhaus oder in ein Krankenhaus im Heimatland, falls medizinisch notwendig, entweder:

- a) auf einer Trage auf einem regulären Linienflug, einschließlich der Kosten für den Rückflug (Economy Class) des medizinischen Begleitpersonals (keine Verwandten des Versicherten) und damit verbundenen Kosten und Ausgaben oder
- b) in einer entsprechend ausgerüsteten Flugambulanz, einschließlich der damit verbundenen Kosten und Ausgaben des qualifizierten Personals.

Auch die Kosten für den Rettungswagen zum und vom Flughafen sowie zwischen Anschlussflügen werden übernommen. Der behandelnde Arzt muss bestätigen, dass die gewählte Transportmethode für den Transport des Versicherten geeignet ist.

Transport und Unterbringung von Verwandten • Bei Tod des Versicherten oder falls der Versicherte bei einem voraussichtlich mindestens 7 Tage währenden Krankenhausaufenthalt außerhalb des Heimatlandes in einem Umkreis von 500 km keine Verwandten hat, zahlt der Versicherer bis zu 5.000 C\$ für den kostengünstigsten direkten Hin- und Rückflug zweier vom Versicherten zu bestimmenden Personen. Weiterhin steuert der Versicherer bis zu 1.500 C\$ für die Unterbringung und die Mahlzeiten dieser beiden Personen für maximal 10 Tage bei. Erforderlich ist eine Bestätigung des behandelnden Arztes, dass die Verfassung des Versicherten ernst genug ist, um einen solchen Besuch zu rechtfertigen. Entsprechende Rechnungen und Zahlungsbelege sind beim Anspruchsverwalter einzureichen.

Rückführung oder Bestattung des Verstorbenen • Falls der Versicherte während der Versicherungsdauer aufgrund einer unter den Versicherungsschutz fallenden Verletzung oder Krankheit verstirbt, trägt der Versicherte entweder (a) bis zu 15.000 C\$ der angemessenen und notwendigen Kosten für die Vorbereitung und Überführung in das Heimatland des Versicherten in einem üblichen Transportbehälter oder steuert (b) bis zu 5.000 C\$ zu Erd- oder Feuerbestattungskosten sowie eine Grabstätte am Todesort bei. Kosten für Sarg, Urne, Grabstein und die Trauerfeier werden nicht übernommen.

AUSSCHLUSSKLAUSELN

Der Versicherer übernimmt keinerlei Kosten in Verbindung mit bzw. für:

1. Bei Vertragsabschluss bereits bestehende Erkrankungen, Verletzungen oder andere gesundheitliche Problemen, die bereits Anzeichen oder Symptome verursachen und/oder ärztliche Behandlung oder Untersuchung erforderten, unabhängig davon, ob bereits eine Diagnose erfolgt war, oder in den 3 Monaten vor Vertragsabschluss Behandlung durch einen Arzt oder Anbieter eines Heilhilfsberufs erforderten, oder bei Vertragsabschluss bekannt waren, sodass derartige Ausgaben zu erwarten standen.

Nicht als Behandlungen im Sinne dieser Ausschlussklausel gelten:

AUSSCHLUSSKLAUSELN

- a) die gleichbleibende Einnahme von Medikamenten (d. h. dass kein neues Medikament oder eine Änderung der Dosierung oder Einnahme verschrieben wurden)
- b) eine Untersuchung, bei der der Arzt oder Anbieter eines Heilhilfsberufs keine negative Veränderung an einem bereits länger bekannten gesundheitlichen Problem oder Symptom feststellen konnte.
2. Medizinische Behandlungen, die nicht zwingend erforderlich sind bzw. keine Notfallbehandlungen darstellen. Dazu gehören auch Behandlungen zur Stabilisierung einer chronischen Krankheit, einschließlich von Arztbesuchen zwecks Verschreibung von Medikamenten oder der Durchführung der zur Behandlung der Krankheit üblichen Tests und Untersuchungen; die Behandlung angeborener oder genetischer Störungen oder Defekte sowie Behandlungen, die nicht zur unmittelbaren Linderung von Schmerzen und Leiden erforderlich sind oder angemessenerweise bis zur Rückkehr des Versicherten in sein Heimatland aufgeschoben werden können *(mit Ausnahme der erstattungsfähigen jährlichen Untersuchung bzw. Augenuntersuchung – siehe dort)*.
3. Jedwede weiterführenden Behandlungen einer Verletzung oder Erkrankung die stattfinden, nachdem der Anspruchsverwalter den Versicherten nach erfolgter Notfall-Behandlung zur Rückkehr in sein Heimatland aufgefordert hat. Falls ein Versicherter, der aufgrund eines gesundheitlichen Problems in sein Heimatland transportiert wurde bzw. zur Rückkehr in sein Heimatland aufgefordert wurde, später in das Gastland zurückkehrt, um im gleichen oder späteren Versicherungsjahren seine Studien oder Lehrtätigkeit wieder aufzunehmen, wird der Höchstanspruch für dieses gesundheitliche Problem auf maximal 10.000 C\$ beschränkt.
4. Arzneimittel, die in der Regel ohne Rezept erhältlich sind (einschließlich, jedoch nicht nur begrenzt auf rezeptfrei erhältliche Medikamente wie Paracetamol bzw. erkrankungs-/allergielindernde Mittel) ; fruchtbarkeitsfördernde Medikamente; empfängnisverhütende Mittel; Potenzmittel; Mittel gegen Haarausfall; Präparate zur Raucherentwöhnung; Impfungen, Immunisierungen und Injektionen; Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungen; Arzneimittel, die der Vorbeugung oder Gesunderhaltung dienen.
5. Plastische oder kosmetische Chirurgie, außer falls nach einer unter den Versicherungsschutz fallenden Verletzung erforderlich; Ersatz oder Entfernen oder Reparatur einer vorhandenen Prothese *(außer wie unter „Geräteersatz bei Defekten, Funktionsfehlern oder Diebstahl von medizinischen Hilfsmitteln“ angegeben)*.
6. Jedwede Ausgaben, die außerhalb der Versicherungsdauer oder im Heimatland des Versicherten *(außer wie unter „Exkursionen“ bzw. „Ins Heimatland zurückkehrende Kanadier“ angegeben)* getätigt werden; medizinische Behandlungen für Verletzungen oder Erkrankungen, die sich der Versicherte während der Versicherungsdauer in seinem Heimatland zugezogen hat.
7. Normal verlaufende Schwangerschaften; normal verlaufende Geburten; Schwangerschaftsabbruch aus anderen Gründen als dem Schutz der Gesundheit der Mutter.
8. Behandlungen in Verbindung mit HIV, AIDS oder auf durch HIV bedingten Immundefekt beruhenden Krankheitsbildern (ARC).
9. Selbstmord, Selbstmordversuche, selbst verursachte Verletzungen, Geisteskrankheiten, geistige oder emotionale Störungen, mit Ausnahme der dadurch erforderlichen Einweisungen *(siehe dazu „Psychiatrische Behandlung“, „Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik“)* bzw. geistige oder emotionale Reaktionen wie Stress, Angststörungen, Panikanfälle, Depressionen, Essstörungen oder Gewichtsprobleme u.a.m. *mit Ausnahme der unter „Psychotherapie“ angegebenen Leistungen*;
10. Handlungen des Versicherten unter dem negativen Einfluss von Arzneimitteln, Drogen, Alkohol oder anderen Rauschmitteln; jedwede medizinischen Erfordernisse als Folge des Genusses von Alkohol oder Drogen.
11. Ausübung professioneller Sportarten oder gefährlicher Aktivitäten wie Motorrad- oder Autorennen, Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Bungeejumping, Höhlenerforschung, Bergsteigen oder Gerätetauchen.
12. Verletzungen usw. durch den Betrieb jedweder Art von Fluggefährt bzw. dem Reisen mit nichtgewerblichen Flügen; den Betrieb jedweder Art von motorisiertem Fahrzeug zu Land oder Wasser ohne einen vor Ort gültigen Führerschein; Fortbewegung auf einem Motorrad, Schneemobil oder sonstigem Fahrzeug in einem Rennen oder im Gelände (es sei denn, in der betreffenden Gegend sind keine Straßen vorhanden).
13. Verletzung oder Erkrankung während der Ausbildung oder eines Einsatzes in den Streitkräften oder während der aktiven Teilnahme an einem militärischen Konflikt oder bei kriminellen Aktivitäten. Wird der Versicherte jedoch als direkte Folge von kriegsähnlichen Handlungen, an denen er nicht aktiv beteiligt war, und innerhalb von 48 Stunden nach Beginn besagter Handlungen verwundet, fallen die daraus entstehenden medizinischen Kosten unter den Versicherungsschutz.
14. Jedwede Zinsen, Finanzierungskosten oder Mahn- und Verspätungsgebühren.
15. Kosten aufgrund von Verletzungen oder Erkrankungen, die bereits durch eine andere Versicherung abgedeckt werden, unter Schadloshaltung fallen oder durch Dritte zu erstatten sind.
16. Verletzungen oder Krankheiten während einer Reise in ein Gebiet, für das die Regierung des Heimatlands des Versicherten eine Reisewarnung herausgegeben hat, die besagt, dass von Reisen in dieses Zielgebiet abzusehen sei.
17. Reisen entgegen dem Rat eines Arztes oder Anbieters eines Heilhilfsberufs oder zum Zweck der medizinischen Versorgung oder wenn dem Versicherten bereits vor Beginn der Versicherungsdauer mitgeteilt wurde, dass er unheilbar krank ist.
18. Jedwede Kosten als Folge des Nichtbeachtens oder der Nichteinhaltung eines ärztlichen Rats, einer Behandlung oder einer empfohlenen Behandlung.

BESCHRÄNKUNGEN

Der Versicherer behält sich vor, nach einem Notfall den Rücktransport des Versicherten in sein Heimatland zu arrangieren. Dies kann vor oder nach der Behandlung durch einen Arzt oder im Krankenhaus erfolgen. Sollte der Versicherte trotz Reisefähigkeit die vom Anspruchsverwalter empfohlene Rückreise verweigern, zahlt der Versicherer nicht für jedwede weiterhin entstehenden Kosten, Rückfälle oder Komplikationen, die sich direkt oder indirekt aus dieser Weigerung ergeben.

Haftungsbeschränkung

Der Versicherer, der Planverwalter und/oder der Anspruchsverwalter haften weder für Verfügbarkeit, Qualität oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgung bzw. das Nichtzustandekommen einer medizinischen Behandlung oder eines Transports noch für Fahrlässigkeit, Fehlverhalten oder Unterlassungen jedweder medizinischer oder sonstiger Dienstleister.

ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

Vertragsbestandteile: Der Vertrag besteht ausschließlich aus dem Antrag, der Police und jedwedem Dokument, das gemeinsam mit der Police ausgegeben wurde sowie etwaiger nachträglicher Änderungen des Vertrags in schriftlicher Form. Versicherungsvertreter sind nicht berechtigt, den Vertrag zu ändern oder auf Vertragsbestimmungen zu verzichten.

Verzicht: Ein teilweiser oder vollständiger Verzicht auf eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrags ist nur dann gültig, wenn er durch den Versicherer ausdrücklich schriftlich formuliert und unterzeichnet wurde.

Abschrift des Antrags: Der Versicherer stellt dem Versicherten auf dessen Wunsch eine Abschrift des Antrags aus.

Zahlung des Versicherungsbeitrags Der volle Versicherungsbeitrag ist bei Antragstellung ohne Abzüge zahlbar. Sollte sich der gezahlte Versicherungsbeitrag aus welchem Grund auch immer als inkorrekt erweisen, stellt der Versicherer a) den Differenzbetrag in Rechnung und, sollte der ausstehende Betrag nicht gezahlt werden, kürzt der Versicherer b) die Versicherungsdauer bzw. erstattet c) jedwede zuviel gezahlte Summe. Falls die vom Versicherten vorgenommene Zahlung von dessen Bank nicht ausgeführt wird, erlischt der Versicherungsschutz. Der Versicherungsbeitrag wird auf Basis der am Tage des Antrags geltenden Beitragsraten für das Alter des zu Versicherenden am Datum des Inkrafttretens des Versicherungsvertrags berechnet. Der Versicherer behält sich vor, den Antrag auf Versicherungsschutz abzulehnen.

Doppelte Verträge und Policen: Sollte mehr als ein Vertrag auf denselben Versicherten ausgestellt werden, beschränken sich die Versicherungsleistungen dennoch auf die unter einem Vertrag geltenden Höchstbeträge. Der zuviel gezahlte Versicherungsbeitrag wird erstattet.

Falsche Darstellung oder Verheimlichung: Sämtlicher Versicherungsschutz gemäß der Versicherungspolice verliert – unabhängig ob vor oder nach einem Versicherungsfall – seine Gültigkeit, falls der Versicherte für den Versicherungsschutz wesentliche Tatsachen oder Umstände oder die Beteiligung des Versicherten daran falsch dargestellt oder verheimlicht hat oder sich des Betrugs und/oder Meineids schuldig gemacht hat.

Wesentliche Tatsachen: Keine der Angaben, die der Versicherte zum Zeitpunkt des Antrags auf Versicherungsschutz gemacht hat, werden zur Abweisung eines Anspruchs oder zur Vermeidung des Vertrags genutzt; es sei denn, die Angaben sind Teil des Antrags oder damit verbundene Erklärungen oder Antworten, die sich auf die Versicherbarkeit des Antragstellers beziehen.

Geltendes Recht: Diese Police unterliegt den Gesetzen der kanadischen Provinz Ontario, wo sie abgeschlossen wurde. Eine Klage oder ein Rechtsstreit gegen den Versicherer bezüglich vertragsgemäßer Ansprüche muss in der kanadischen Provinz Ontario angestrengt werden, wo sie abgeschlossen wurde, und zwar innerhalb 1 Jahres von dem Tag an gerechnet, an dem der Klagegrund entstand.

Zahlung von Leistungen: Sämtliche Zahlungen werden an den Versicherten geleistet; es sei denn, dieser überträgt seine Ansprüche auf den entsprechenden Dienstleister oder einen Dritten. Im Fall des Ablebens des Versicherten gehen seine Ansprüche auf den Nachlass über. Auf die Ansprüche werden keinerlei Zinsen gezahlt.

Währung: Sämtliche Versicherungsbeiträge, Leistungen und Höchstleistungen werden in kanadischen Dollar angegeben. Bei Rückerstattungen wird der Wechselkurs zugrunde gelegt, der für den Tag, an dem die Ausgabe getätigt wurde, von einem Finanzinstitut der Wahl des Anspruchsverwalters festgelegt wurde. Der Versicherer behält sich vor, die Erstattung in der Währung des Landes, in der der Schaden erfolgte, vorzunehmen.

Koordination von Leistungen: Die Leistungen gemäß dieser Police erfolgen zusätzlich zu denen, die dem Versicherten gemäß etwaiger anderer gültiger Ver- und Absicherungen, wie der gesetzlichen Krankenkasse, Gruppen- oder individueller Unfall- oder Krankenversicherungen, Zusatz- oder Pflegeversicherungen, Kfz-Versicherungen, Gebäude- oder Mieterversicherungen, Kreditkarten- oder Reiseversicherungen zustehen. Allerdings wird jede Zahlung gemäß dieser Police mit den Zahlungen aus anderen Versicherungen koordiniert, sodass die Gesamtleistungen der entsprechenden Ver- und Absicherungen die Gesamtsumme der entstandenen erstattungsfähigen Ausgaben nicht überschreiten.

Kündigung durch den Versicherten: Der Versicherte kann den Vertrag jederzeit durch schriftliche Mitteilung an den Planverwalter, der für den Versicherer agiert, oder einen autorisierten Vertreter (z. B. die betreffende Bildungseinrichtung oder Organisation) kündigen. Erfolgt eine Kündigung vor dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsvertrags aus medizinischen Gründen, erhält der Versicherte bzw. ein von ihm bestimmter Vertreter den bereits gezahlten Versicherungsbeitrag voll erstattet. Bei Kündigung aus einem anderen Grund kann eine Verwaltungsgebühr von 25 C\$ erhoben werden. Wird der Vertrag nach dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsvertrags gekündigt, erfolgt eine anteilige Erstattung des Versicherungsbeitrags abzüglich einer Verwaltungsgebühr von 25 C\$; vorausgesetzt, dass noch keine vertragsgemäßen Ansprüche gestellt oder ausgezahlt wurden bzw. ausstehen. Erstattungen werden grundsätzlich erst nach einer Sperrfrist ausgezahlt.

Erstattungen: Erstattungen werden anteilig ab dem Datum des Poststempels des Kündigungsschreibens bzw. dem Erhalt eines Fax- oder E-Mail-Schreibens durch den Planverwalter kalkuliert. Beträge unter 10 C\$ werden nicht ausgezahlt. Auf den bis zu 90-tägigen Übergangs-Versicherungsschutz für heimkehrende Kanadier wird keine Erstattung gezahlt. Diese Police ist nicht übertragbar.

Kündigung durch den Versicherer: (1) Der Versicherer kann diesen Vertrag jederzeit durch schriftliche Mitteilung an den Versicherten kündigen. Falls noch keine vertragsgemäßen Ansprüche ausgezahlt wurden bzw. ausstehen, wird der Versicherungsbeitrag anteilig erstattet. (2) Die Kündigungsmittteilung kann per Post, Fax oder E-Mail an den Versicherten bzw., falls der Antrag von einem Vertreter oder Dritten eingeschickt wurde, an diesen Vertreter oder Dritten geschickt werden. (3) Der Versicherungsschutz endet fünf Tage nach Abschicken der Kündigungsmittteilung.

Rückgriffsrecht: Falls eine an oder für den Versicherten geleistete Zahlung den vertragsgemäßen Höchstbetrag übersteigt oder aufgrund eines Verwaltungsfehler geleistet wurde, hat der Versicherer das Recht, den zuviel gezahlten Betrag vom Versicherten oder jedweder Institution, Versicherung oder sonstigen Organisation oder Beteiligten zurückzufordern.

Wenn im Rahmen dieser Police eine Zahlung erfolgt, hat der Versicherer das Recht, im Namen des Versicherten gegen Dritte vorzugehen, die den Anspruch gemäß der Police verursacht haben. Der Versicherer bzw. seine Vertreter haben volles Rückgriffsrecht.

Der Versicherte verpflichtet sich, nichts zu unternehmen, das einem solchen Rückgriff auf haftbare Dritte abträglich sein könnte, sowie den Versicherer oder seine Vertreter in ihrem Vorhaben zu unterstützen, indem er alle dazu notwendigen Dokumente unterzeichnet, ausfertigt und/oder an den Versicherer übergibt.

ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

Vertragsverlängerung: Die maximale Versicherungsdauer gemäß dieser Police einschließlich möglicher Verlängerungen beträgt 365 aufeinander folgende Tage ab dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsvertrags. Ein Antrag auf Verlängerung muss spätestens 7 Werktage vor Ablauf des bestehenden Versicherungsschutzes beim Planverwalter eingegangen sein. Der Versicherungsschutz gemäß einer solchen Verlängerung gilt als von Anbeginn ungültig, falls die dafür vorgenommene Zahlung von der Bank des Versicherten nicht ausgeführt wird. Der Planverwalter und der Versicherer behalten sich vor, eine Vertragsverlängerung abzulehnen. Falls der Versicherte einen Anspruch gemäß des ursprünglichen Vertrags gestellt hat, kann das entsprechende gesundheitliche Problem bei Vertragsverlängerung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

Automatische Verlängerung des Versicherungsschutzes: Falls sich die Rückkehr des Versicherten in sein Heimatland am Ende der Versicherungsdauer aus nicht durch ihn zu vertretenden Gründen verzögert, verlängert sich der Versicherungsschutz ohne zusätzliche Beitragszahlung wie folgt:

a) um 72 Stunden, falls der Versicherte als zahlender Passagier mit zugelassenen öffentlichen Verkehrsmitteln oder in einem privaten Fahrzeug unterwegs war und die Verzögerung durch mechanisches Versagen, einen Verkehrsunfall oder ungünstige Wetterbedingungen verursacht wurde; oder

b) für die Dauer des stationären Aufenthalts im Krankenhaus (gilt nicht bei Überschreiten der zulässigen Höchstdauer bei Einweisung zwecks psychiatrischer Behandlung) ODER für die Zeit, während der der Versicherte aus medizinischen Gründen nach Dafürhalten des Anspruchsverwalters reiseunfähig ist (gilt nicht für psychiatrische Störungen). Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. nach Erteilung einer Reiserlaubnis durch den Arzt gilt der Versicherungsschutz für weitere 72 Stunden.

Schadensanzeige und Anspruchsnachweis: Der Versicherte bzw. ein anspruchsberechtigter Begünstigter oder ein Vertreter derselben ist verpflichtet, (a) den Anspruchs- oder den Planverwalter als Vertreter des Versicherers schriftlich von der Entstehung eines vertragsgemäßen Anspruchs aufgrund eines Unfalls, einer Verletzung, Krankheit oder Behinderung zu informieren und ihm innerhalb von 30 Tagen ein ausgefülltes Schadenmeldeformular mit den Originalen der entsprechenden Rechnungen zu übermitteln; (b) innerhalb von 90 Tagen nach Entstehung eines vertragsgemäßen Anspruchs aufgrund eines Unfalls, einer Verletzung, Krankheit oder Behinderung der Situation angemessene Beweise für den Unfall bzw. das Einsetzen der Verletzung, Krankheit oder Behinderung und den dadurch verursachten Schaden sowie die Anspruchsberechtigung des Zahlungsempfängers beizubringen und (c), falls vom Anspruchs- oder Planverwalter angefordert, einen zufrieden stellenden Nachweis über die Ursache bzw. die Natur des Unfalls oder der Verletzung, Krankheit oder Behinderung zu erbringen. Der Begriff 'Behinderung' bezieht sich hier auf Ansprüche gemäß dem Abschnitt „Unfalltod und unfallbedingter Körperteilverlust“.

Unterlassung von Schadensanzeige oder Anspruchsnachweis: Versäumt es der Versicherte, die Schadensanzeige oder den Anspruchsnachweis innerhalb der oben genannten Fristen beizubringen, so hebt dies seinen Anspruch nicht auf, solange Anzeige und Nachweis sobald wie angemessenerweise möglich erfolgen (jedoch auf keinen Fall später als ein Jahr nach dem Tag des Unfalls oder Einsetzens der anspruchsberechtigenden Verletzung, Krankheit oder Behinderung) und gezeigt werden kann, dass die oben angegebenen Fristen aus objektiven Gründen nicht eingehalten werden konnten.

Bereitstellung der Schadenmeldeformulare durch den Planverwalter Schadenmeldeformulare werden mit jeder ausgestellten Versichertenkarte sowie an alle Bildungseinrichtungen und Organisationen ausgehändigt. Wird ein Formular benötigt, stellt der Planverwalter es zudem per Fax, E-Mail oder Post zur Verfügung. Des Weiteren steht das Schandemeldeformular auf unserer Website unter: www.studentguard.com zum Herunterladen bereit.

Recht auf Untersuchung: Als Vorbedingung für die Auszahlung von Versicherungsgeldern gemäß dieses Vertrags räumt der Anspruchsteller (a) dem Versicherer das Recht ein, den Versicherten zu angemessenen Zeitpunkten und mit angemessener Häufigkeit untersuchen zu lassen, solange noch nicht über den Anspruch entschieden wurde.

Die Auswahl des untersuchenden Arztes und des Untersuchungsorts liegt im Belieben des Versicherers. Der Versicherte verpflichtet sich, bei der Untersuchung mitzuwirken und dem untersuchenden Arzt alle notwendigen Informationen zu geben. Der untersuchende Arzt kann, in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt zusätzliche Empfehlungen zur Heilung oder Linderung der Beschwerden geben. Im Todesfall hat der Versicherer (b) das Recht, eine Autopsie zu verlangen, so dies mit der Gesetzeslage vor Ort in Einklang steht.

Nichterfüllung von Vertragsverpflichtungen: Der Versicherer behält sich das Recht vor, Zahlungen zu verweigern oder zu kürzen, falls (a) der Versicherte bzw. der Zahlungsempfänger

ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

seinen Verpflichtungen gemäß dieses Vertrags nicht nachkommt und dadurch die Interessen des Versicherers verletzt; oder (b) Tatsachen und Daten falsch dargestellt oder zurückgehalten oder in nur unzureichendem Maße übermittelt wurden. (c) Erleidet ein Versicherter eine Verletzung oder Erkrankung, ist er verpflichtet, sich unverzüglich in Behandlung zu begeben, den Anweisungen des Arztes zu folgen und verschriebene Medikamente einzunehmen. Ein Verstoß gegen diese Bestimmung kann die Verweigerung oder Kürzung von Zahlungen nach sich ziehen.

Zahlungsfristen: Der Versicherer verpflichtet sich, sämtliche vertragsgemäßen Zahlungen innerhalb von 90 Tagen nach Erhalt des akzeptablen Anspruchsnachweises zu leisten.

Klageverjährung Eine Klage oder ein Rechtsstreit gegen den Versicherer bezüglich vertragsgemäßer Ansprüche muss innerhalb eines Jahres von dem Tag an gerechnet, an dem das Zahlung fällig wurde bzw. im Fall eines berechtigten Anspruchs fällig gewesen wäre, angestrengt werden.

VORGEHEN ZUR REGELUNG DER ANSPRÜCHE

1. Rufen Sie die nachstehend angegebene Hotline-Nummer **unbedingt VOR der stationären Einweisung** in ein Krankenhaus und **VOR Entstehen von Kosten** für nachfolgend aufgeführte Maßnahmen an und suchen Sie **um schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme** nach:
 - größere diagnostische Verfahren
 - Zahnbehandlungen
 - Operationen
 - Flugtransport
 - Familientransport
 - Rückführung / Bestattung
2. Legen Sie dem medizinischen Dienstleister Ihre StudentGuard-Versichertenkarte vor.
3. Füllen Sie für JEDE neue Erkrankung oder Verletzung zum Zeitpunkt der ERSTEN Behandlung ein separates Schadenmeldeformular aus. Nehmen Sie es nach Möglichkeit zur ersten Behandlung mit. Sie können ein leeres Schadenmeldeformular kopieren und für künftigen Bedarf bereithalten. Neue Formulare erhalten Sie auch von Ihrer Bildungseinrichtung oder Organisation sowie auf unserer Website unter www.studentguard.com.
4. Innerhalb von 30 Tagen nach Entstehen der ersten Kosten, **SCHICKEN SIE:**
 - das ausgefüllte Schadenmeldeformular
 - **Originale** der spezifizierten Rechnungen/Quittungen
 - medizinische Gutachten, Notaufnahmeprotokolle, Krankengeschichte sowie Untersuchungs-, Operations-, Labor-, Röntgen- und Entlassungsberichte an

StudentGuard Claims

300 John Street, Suite 610

Thornhill, Ontario Canada L3T 5W4

Bitte denken Sie daran, vorher Kopien für Ihre Unterlagen anzufertigen.

5. Bei Ansprüchen infolge eines Todesfalls muss der anspruchsberechtigte Begünstigte Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. anrufen, um den Anspruch anzumelden. Anschließend müssen Einzelheiten bezüglich des Anspruchs sowie ein Original-Totenschein oder ein sonstiger, für uns akzeptabler Beweis für den Todesfall eingereicht werden.

Ansprüche, die mehr als 1 Jahr nach dem Versicherungsfall geltend gemacht werden, werden nicht berücksichtigt.

Damit ein Anspruch bearbeitet werden kann, muss ein vollständig ausgefülltes und durch den Anspruchsteller unterzeichnetes Schadenmeldeformular mit den ORIGINALEN der erforderlichen Dokumente bei uns eingereicht werden, ohne dass uns dafür Kosten entstehen.

Es werden keine Zahlungen vorgenommen, ehe der Anspruchsverwalter sämtliche Rechnungen und Quittungen im Original erhalten hat.

Versichert durch
Reliable Life Insurance Company
100 King Street West, 11th Floor
Hamilton, Ontario, Canada
L8N 3K9

DATENSCHUTZ

Das Versicherungsunternehmen sowie Unser Planverwalter („wir“ bzw. „unserer“ in diesem Abschnitt zum Datenschutz) verpflichten uns zum Schutz Ihrer persönlichen Daten. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen werden ausschließlich zur Bestimmung Ihrer Berechtigung für eine Deckung unter dieser Police, zur Verwaltung und Zuteilung Ihrer Ansprüche sowie zur Durchführung bzw. Begleichung von Zahlungen an Dritte verwendet. Diese Informationen können Dritten, wie sonstigen Versicherungsunternehmen, Gesundheitsorganisationen sowie staatlichen Krankenversicherungsplänen zur Verfügung gestellt werden, um jedweden Anspruch zuteilen und bearbeiten zu können. Wir achten sorgfältig auf die Genauigkeit, Vertraulichkeit und Sicherheit Ihrer persönlichen Informationen. Falls Sie irgendwelche Fragen bezüglich des Datenschutzes des Unternehmens haben, kontaktieren Sie bitte unseren Datenschutzbeauftragten unter (905) 523-5587 oder per E-Mail an: privacy@oldrepublic-group.com.

VORGEHEN IM NOTFALL

Wenden Sie sich an die gebührenfreie 24-Stunden-Notrufhotline unter 1 888 756 8428 (innerhalb Nordamerikas) bzw. 905 731 8291 (per R-Gespräch)

1. innerhalb von 24 Stunden nach Einlieferung in ein Krankenhaus (bzw. sobald Sie gesundheitlich dazu in der Lage sind);
2. vor jedweder Leistung, die eine Genehmigung durch den Versicherer erfordert;
3. Vor jeder Art von Exkursion – vor Entstehung JEDLICHER Kosten.

Bei Unterlassung der entsprechenden Meldung an den Anspruchsverwalter werden nur 90 % der eigentlichen Anspruchssumme gezahlt.