

VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN

Visa Gold-Karte Reisepaket

Die nachfolgenden Versicherungsbedingungen sind wichtige Unterlagen für Sie. Sie finden dort alle Angaben zu Ihrem Versicherungsschutz: zum Beispiel was im Schadensfall wichtig ist, um Versicherungsleistungen zu erhalten. Oder wie und in welchem Umfang Sie im Schadensfall entschädigt werden. Bitte lesen Sie dieses Dokument gründlich durch und bewahren Sie es sorgfältig auf. So können Sie auch später alles Wichtige noch einmal nachlesen – vor allem nach einem Versicherungsfall.

Ihr Versicherungsschutz ist Bestandteil eines Gruppenversicherungsvertrages zwischen der TARGOBANK AG als Versicherungsnehmer einerseits sowie der ACM Versicherung AG, Breite Straße 29, 40213 Düsseldorf, als Versicherer.

Beauftragt mit der Abwicklung der Versicherungsleistungen ist:

AP Solutions GmbH (nachfolgend Allianz)
Königinstraße 28
80802 München

Für Sie als versicherter Kreditkarteninhaber ist die Allianz direkter Ansprechpartner für alle Anfragen zur Beanspruchung von Versicherungsleistungen. Ihre Rechte und Pflichten sind überall dort geregelt, wo sich der Text direkt an „Sie“, den „Karteninhaber“, den „Inhaber eines gültigen Gold-Karte Reisepaketes“ und „Inhaber einer entsprechend gültigen Zusatzkarte“, an die „begünstigte Person“ oder an die „versicherte Person“ wendet.

Ihre TARGOBANK

Inhaltsverzeichnis

4 Teil A: Allgemeine Versicherungsinformationen nach § 1 der VVG-Informationspflichtenverordnung

Informationen zum Versicherer

Angaben zum Administrator

Wesentliche Merkmale der abgeschlossenen Versicherungsleistungen

Gesamtpreis der Versicherung und Kosten

Zahlung, Erfüllung und Zahlungsweise der Prämie

Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Widerrufsrecht

Vertragslaufzeit und Vertragsbeendigung

Gerichtsstand und anwendbares Recht

Vertragssprache

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Datenschutzhinweis

9 Teil B: Allgemeine Versicherungsbedingungen

12 Teil C: Besondere Versicherungsbedingungen

Assistance-Service (unabhängig vom Karteneinsatz)

Familien-Auslandsreisekrankenversicherung
(unabhängig vom Karteneinsatz)

Familien-Auslandsreiserücktritts-/Reiseabbruchversicherung
(abhängig vom Karteneinsatz)

Teil A: Allgemeine Versicherungs- informationen nach § 1 der VVG- Informationspflichtenverordnung

1. Informationen zum Versicherer

Sitz des Versicherers ACM Versicherung AG ist Düsseldorf, Breite Straße 29, 40213 Düsseldorf. Die Handelsregisternummer ist HRB 101315 am Amtsgericht Düsseldorf.

Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigter ACM Versicherung AG, Breite Straße 29, 40213 Düsseldorf
Vorstandsvorsitzender: Mathieu Dehestru

Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit ist der Abschluss von Unfall- und Schadenversicherungen. Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

2. Angaben zum Administrator

Die Administration wird durchgeführt durch die AP Solutions GmbH
Königinstraße 28
80802 München

Sämtlicher Schriftverkehr und sämtliche Willenserklärungen sind direkt an den Administrator zu richten. Sie gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie beim Administrator eingegangen sind. Der Administrator ist vom Versicherer ermächtigt, gegenüber den Versicherten die Annahme zu erklären und zu bestätigen.

Schadenmeldung:

- online unter Angabe Ihrer Policen-Nummer: DE410005582
- <https://allianz-protection.com/login-path/policy?policyNumber=DE410005582>
- per E-Mail: targo-kreditkarte@allianz.com
- per Telefon: +49 211 - 900 20 445
- postalisch unter Angabe Ihrer Kreditkartennummer:

AWP P&C S.A.
Niederlassung für Deutschland
10848 Berlin

3. Wesentliche Merkmale der abgeschlossenen Versicherungsleistungen

Personenversicherungen

Familien-Auslandsreisekrankenversicherung:

Bei akuten Erkrankungen im Ausland übernimmt der Versicherer die Behandlungskosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Die genauen Definitionen, Anspruchsvoraussetzungen und Ausschlüsse zu den o. g. Leistungen entnehmen Sie bitte den folgenden Bedingungen.

Sachversicherungen

Familien-Auslandsreiserücktrittsversicherung:

Wenn die versicherte Person aufgrund eines versicherten Ereignisses eine versicherte Reise nicht antreten kann, übernimmt der Versicherer die Stornokosten bis zur vereinbarten Höchstsumme.

Familien-Reiseabbruchversicherung:

Der Versicherer übernimmt die Kosten bis zur vereinbarten Höhe, falls die versicherte Person eine versicherte Reise aufgrund eines versicherten Ereignisses vorzeitig abbrechen und nach Hause zurückkehren muss. Die genauen Definitionen, Anspruchsvoraussetzungen und Ausschlüsse zu den o. g. Leistungen entnehmen Sie bitte den folgenden Bedingungen.

4. Gesamtpreis der Versicherung und Kosten

Für in Kredit- oder Kundenkarten inkludierte Versicherungsleistungen fallen keine separaten Versicherungsprämien an.

5. Zahlung, Erfüllung und Zahlungsweise der Prämie

Für in Kredit- oder Kundenkarten inkludierte Versicherungsleistungen entfallen diese Regelungen.

6. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zustandekommen des Kreditkartenvertrages. Davon abweichende Regelungen (z. B. Aktivierung des Versicherungsschutzes durch Karteneinsatz) sind ggf. in Teil C hinterlegt.

7. Ihr Widerrufsrecht

Ein separates Widerrufsrecht für die in den Kunden- bzw. Kreditkarten enthaltenen Versicherungsleistungen entfällt. Es gelten die entsprechenden Regelungen der jeweiligen Kunden- bzw. Kreditkarte.

8. Vertragslaufzeit und Vertragsbeendigung

Die Vertragslaufzeit richtet sich nach dem zugrunde liegenden Kreditkartenvertrag. Sollten sich am Deckungsumfang gemäß diesen Versicherungsbedingungen Änderungen ergeben, werden Sie darüber vom Versicherungsnehmer informiert.

9. Gerichtsstand und anwendbares Recht

Für gegen den Versicherer gerichtete Klagen bezüglich der Versicherungsleistungen bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb Deutschlands oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist für Klagen aus dem Versicherungsvertrag und der Versicherungsvermittlung ausschließlich das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherer seinen Sitz hat. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

10. Vertragssprache

Die Kommunikation erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

11. Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Bei Fragen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte direkt an den Versicherer. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die zuständige Aufsichtsbehörde einzuschalten:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Postfach 1308, 53003 Bonn

Hiervon unberührt bleibt Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten. Die ACM Versicherung AG ist Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e. V.“. Damit steht dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person die Möglichkeit offen, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn über getroffene Entscheidungen kein Einverständnis erzielt werden kann. Das Verfahren ist kostenfrei.

Der Ombudsmann kann erreicht werden unter:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632, 10006 Berlin
Telefon: 0800 - 36 96 000 (kostenfrei)
Fax: 0800 - 36 99 000 (kostenfrei)
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

12. Datenschutzhinweis

Wir schützen Ihre Daten. Wir schätzen Ihr Vertrauen sehr. Deswegen verpflichten wir uns, mit Ihren persönlichen Daten transparent, mit Sorgfalt und unter Einhaltung der geltenden Vorschriften und insbesondere der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) umzugehen. Nachstehend informieren wir Sie über die Verarbeitung und die Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten sowie über die Ihnen zustehenden Rechte.

§ 1 Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Datenschutzbeauftragte

Die ACM Lebensversicherung AG und die ACM Versicherung AG sind Tochtergesellschaften der ACM Deutschland AG (im Folgenden „ACM Deutschland-Gruppe“) und gehören zum Crédit Mutuel-Konzern.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist je nach Produkt die ACM Lebensversicherung AG oder die ACM Versicherung AG (im Folgenden „der Versicherer“).

- (1) Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die ACM Versicherung AG, die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:
ACM Versicherung AG
Kundenservice
Postfach 1667
77606 Offenburg
Telefon: 0211 - 73 74 73 74
- (2) Unsere externe Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter folgenden Kontaktdaten:
Christina Grewe
Grewe Anwaltskanzlei
Erzbergerstraße 17
68165 Mannheim
Telefon: 0621 - 37 70 36 40
E-Mail: info@grewe-kanzlei.de

§ 2 Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

§ 2.1 Abschluss und Erfüllung des Versicherungsvertrags

Um Ihren Antrag auf Versicherungsschutz zu prüfen und Ihnen passende und individuelle Angebote zu unterbreiten, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Ohne Verarbeitung der von Ihnen gemachten Angaben können wir das von uns zu übernehmende Risiko und den sich daraus ergebenden Beitrag der zu erhebenden Versicherungsprämie nicht einschätzen, so dass Abschluss und Durchführung des Versicherungsvertrags unmöglich sind. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung und Erfüllung des Vertragsverhältnisses. Angaben zum Schaden- oder Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles sowie ggf. den Eintritt und die Abwicklung von Regressforderungen prüfen zu können. Die Daten nutzen wir weiterhin für die Pflege der gesamten Kundenbeziehung, insbesondere für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen und zur Erfüllung unserer Beratungspflicht. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Daten, in den Personen- und Unfallversicherungen auch Ihre Gesundheitsdaten, drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung im Zusammenhang mit vorvertraglichen und vertraglichen Zwecken ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Bei der Verarbeitung von Gesundheitsdaten holen wir vorher Ihre Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO ein.

§ 2.2 Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen

Des Weiteren verarbeiten wir personenbezogene Daten, soweit hierzu eine gesetzliche Verpflichtung besteht. Dies gilt insbesondere in Bezug auf unsere Verpflichtungen zur Terrorismus-, Geldwäsche- und Korruptionsbekämpfung. Zu

diesem Zweck können wir Ihre personenbezogenen Daten analysieren, um gemäß den einschlägigen Vorschriften ein Risikoprofil zu erstellen. Unsere Verpflichtungen zur Bekämpfung von Wirtschafts- und Steuerstraftaten können die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erforderlich machen. Insbesondere können personenbezogene Daten an deutsche Steuerbehörden übermittelt werden und durch diese im Rahmen der Systeme zum internationalen Informationsaustausch an ausländische Steuerbehörden weitergeleitet werden. Die Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung im Zusammenhang mit der Erfüllung rechtlicher bzw. gesetzlicher Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO i. V. mit der jeweiligen anwendbaren gesetzlichen Regelung.

§ 2.3 Wahrung unserer berechtigten Interessen

Zur Wahrung unserer berechtigten Interessen verarbeiten wir personenbezogene Daten. Diese berechtigten Interessen, die sich auf Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO stützen, bestehen im Abschluss und in der Durchführung von Rückversicherungsverträgen, in der Durchführung statistischer und versicherungsmathematischer Analysen zwecks Ausarbeitung, Überwachung und Entwicklung von Tarifen, Produkten und Services, der Durchführung von Zufriedenheitsumfragen, der Erstellung von Statistiken sowie der Missbrauchsbekämpfung und der Erfüllung gesetzlicher und aufsichtsrechtlicher Verpflichtungen. Ebenso können personenbezogene Daten für versicherungsrelevante Forschungszwecke verarbeitet werden (z. B. Unfallforschung).

§ 2.4 Wahrung unserer bzw. der berechtigten Interessen von Dritten

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten gem. Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs;
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Betrugsbekämpfung sowie zur Verhinderung und Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch, d. h. Bekämpfung von arglistiger bzw. betrügerischer Überhöhung von Versicherungsansprüchen. Die Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch und -betrug erfolgt im berechtigten Interesse des Versicherers und zum Schutz der Versicherten im Allgemeinen;
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ACM Deutschland-Gruppe und von deren Kooperationspartnern.

Von Ihnen übermittelte Erklärungen, Informationen und Dokumente aller Art können, sofern sie zum Vertragsschluss oder zur Beurteilung einer Leistungspflicht unsererseits erfolgten, von uns auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen können wir uns an betroffene Personen bzw. relevante Dritte wenden, darunter diejenigen, die als Aussteller der Dokumente bezeichnet werden oder allgemein in der Lage sind, die Richtigkeit der Dokumente zu bestätigen.

Diese Überprüfungen dienen dazu, die Stimmigkeit der Erklärungen, der Umstände und der Folgen des Schadensfalls sowie die Wirklichkeit, Wahrhaftigkeit, Vollständigkeit und Unversehrtheit der Elemente zu überprüfen. Sollte sich diese Prüfung auf Gesundheitsdaten beziehen, so würde sie ggf. unter Einhaltung des für diese Art von Daten geltenden verstärkten Schutzzrahmens erfolgen und von Personal durchgeführt, das für die besondere Vertraulichkeit dieser Daten sensibilisiert wurde.

Unsere Überprüfungen können im Einzelfall die Übermittlung personenbezogener Daten an öffentliche Stellen und Behörden sowie nichtöffentliche Stellen aller Art erforderlich machen; dies gilt insbesondere für Gerichtsvollzieher und Privatdetektive. Zum Zwecke der Missbrauchsbekämpfung verarbeitete Daten können von uns gespeichert werden, solange nichtverjährte Ansprüche unsererseits oder Dritter geltend gemacht oder strafrechtliche Maßnahmen eingeleitet werden können.

Zum Zwecke dieser Überprüfungen können wir auch öffentlich zugängliche Daten von Ihnen verarbeiten. Im Rahmen der Risikoprüfung können wir ein Scoring gemäß den geltenden Vorschriften erstellen. Wir greifen hierbei in keinem Fall auf ausschließlich automatisierte Entscheidungen zurück, sondern es kommt stets zum Eingreifen einer natürlichen Person unsererseits.

§ 3 An welche Empfänger können Ihre personenbezogenen Daten weitergeleitet werden?

§ 3.1 Externe Dienstleister

Zum Zwecke der Begründung, Durchführung und Beendigung von Versicherungsverhältnissen, insbesondere zur Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Berechnung der zu erhebenden Versicherungsprämie, zur Prüfung einer etwaigen Leistungspflicht und zur internen Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs, können wir Ihre personenbezogenen Daten an unsere Dienstleister, Bevollmächtigten und Erfüllungsgehilfen weiterleiten. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Dienstleister, Bevollmächtigten und Erfüllungsgehilfen, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie unter www.acmdeutschland.de finden.

§ 3.2 Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich des Versicherungsvertrags von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags notwendigen Daten und erfährt dabei auch die eventuell vereinbarten Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken sowie die zu Ihrer Beratung und zu der Betreuung der Versicherungsverträge benötigten Daten.

§ 3.3 Konzerninterne Unternehmen

Die Unternehmen im Crédit Mutuel-Konzern und im Teilkonzern der ACM Deutschland-Gruppe benutzen gemeinsame technische Mittel und Verfahren, für welche spezialisierte Konzernunternehmen bestimmte Datenver-

arbeitungsaufgaben zentral wahrnehmen. Unter diesen Umständen können Unternehmen im Crédit Mutuel-Konzern Ihre Daten erhalten und verarbeiten, etwa zur zentralen digitalen Verwaltung, Aufbewahrung und Archivierung der Vertragsunterlagen, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung. Eine Liste der Unternehmen, die eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen, finden Sie unter www.acmdeutschland.de.

Ferner können personenbezogene Daten, die wir für die Zwecke der Terrorismus-, Geldwäsche- und Korruptionsbekämpfung, der Bekämpfung von Wirtschaftsstraftaten sowie der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch und -betrug verarbeiten, anderen konzerninternen Unternehmen zugänglich gemacht werden. Dies gilt insbesondere im Falle eines nachgewiesenen Versicherungsmissbrauches oder -betrugs zur Einleitung strafrechtlicher Schritte. Bei nachgewiesenem Betrug bzw. Missbrauch können wir die Person, die die vorgeworfenen Taten begangen bzw. zu vertreten hat, auf eine Liste setzen, die sie fünf Jahre lang von jeglicher Möglichkeit ausschließt, mit uns oder anderen konzerninternen Unternehmen Verträge abzuschließen.

Die Eintragung in dieser Liste kann auch bei Zahlungsvorfällen, wenn ein Vertrag als nichtig erklärt wird, wenn vorsätzlich falsche Angaben gemacht werden sowie im Falle von abweichendem bzw. Fehlverhalten oder Drohungen erfolgen.

§ 3.4 Weitere Empfänger

Öffentliche Stellen und Behörden (wie z. B. die europäische Versicherungsaufsichtsbehörde European Insurance and Occupational Pensions Authority [EIOPA], die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden), Garantiefonds und berufsständische Organe können Empfänger personenbezogener Daten sein, wenn gesetzliche Bestimmungen dies gebieten oder bei Vorliegen einer behördlichen Verpflichtung. Insbesondere können Daten an die zuständigen öffentlichen Stellen und Behörden zum Zwecke der Bekämpfung von Terrorismus, Geldwäsche, Korruption, Wirtschaftsstraftaten sowie Versicherungsmissbrauch und -betrug weitergeleitet werden.

Personenbezogene Daten, welche zum Zwecke der Bekämpfung von Steuerstraftaten verarbeitet werden, leiten wir gegebenenfalls an die deutschen Steuerbehörden weiter, denen es zusteht, sie im Rahmen der Systeme zum internationalen Informationsaustausch an ausländische Steuerbehörden zu übermitteln

§ 3.5 Datenaustausch mit anderen Versicherern

Des Weiteren können andere Versicherer Empfänger von personenbezogenen Daten sein, insbesondere zur Geltendmachung und Erledigung Ihrer Ansprüche, zur Verwaltung eines Schadensfalls oder im Rahmen der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch und -betrug. Es kann in den genannten Fällen erforderlich sein, dass ein Austausch von personenbezogenen Daten mit den von Ihnen in Ihrem Versicherungsantrag genannten früheren Versicherern stattfindet, um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsver-

trags bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles zu überprüfen.

§ 3.6 Rückversicherer

Einige der von uns übernommenen Risiken versichern wir zusätzlich bei speziellen Versicherungsunternehmen (sog. Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild von dem Risiko oder dem Versicherungsfall machen kann.

Zudem ist es in Einzelfällen möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung unterstützt.

Die Übermittlung Ihrer Daten werden wir immer auf das Notwendigste beschränken und, wenn möglich, die Verwendung anonymisierter Daten bevorzugen.

Wir unterhalten Rückversicherungsbeziehungen grundsätzlich nur zu anerkannten und bewährten Rückversicherern, die nach den gleichen Datenschutzstandards arbeiten wie wir selbst.

§ 4 Welche Maßnahmen werden zum Schutz Ihrer Daten getroffen?

§ 4.1 Auftragsverarbeitungsverträge

Mit den von uns eingesetzten Dienstleistern, Erfüllungsgehilfen, mit unseren konzerninternen Partnergesellschaften, unseren Vermittlern und Rückversicherern haben wir Verträge geschlossen, die spezielle Vorschriften zum Schutz Ihrer Daten enthalten. Diese sog. „Auftragsverarbeitungsverträge“ sehen insbesondere vor, dass die Auftragsverarbeiter Ihre personenbezogenen Daten lediglich zu den vereinbarten Zwecken erhalten können und diese Daten nur auf die vereinbarte Art und Weise verarbeiten dürfen. Insbesondere dürfen die Auftragsverarbeiter die Daten an andere Stellen oder Organisationen, außer im Rahmen von Unterauftragsverhältnissen und in der eingeräumten und vereinbarten Weise, nicht weitergeben. Zudem müssen die Auftragsverarbeiter die notwendigen technisch-organisatorischen Maßnahmen ergreifen, um Ihre Daten sicher zu verarbeiten, und dürfen die Daten nur so lange speichern, wie wir es angewiesen haben.

§ 4.2 Besondere Maßnahmen zum Schutz Ihrer Gesundheitsdaten

Falls die Durchführung Ihres Versicherungsverhältnisses die Verarbeitung von Gesundheitsdaten erfordern sollte, werden wir sicherstellen, dass die dafür vorgesehenen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Dies kann im Einzelfall erfordern, Ihre Zustimmung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten einzuholen. Eine solche holen wir insbesondere ein, wenn wir Auskunft von Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen

Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zur Risikobeurteilung oder Leistungsfallprüfung benötigen.

§ 4.3 Datenübermittlung in ein Drittland

Grundsätzlich erfolgt keine Datenübermittlung in ein Land außerhalb des Anwendungsbereichs der DSGVO, es sei denn, besondere Umstände in der konkreten Vertragsbeziehung würden einen Drittlandbezug ergeben. Sofern wir Daten an Empfänger außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit die Voraussetzungen der Art. 44 ff. DSGVO vorliegen und dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie bei uns anfordern.

§ 5 Wie lange werden Ihre personenbezogenen Daten gespeichert?

Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren in Ausnahmefällen nach §§ 197 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches, BGB). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung sowie dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn volle Jahre.

§ 6 Ihre Rechte

§ 6.1 Allgemeines

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO) sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung (Art. 16 DSGVO) oder die Löschung (Art. 17 DSGVO) Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO) sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format (Art. 20 DSGVO) zustehen.

§ 6.2 Widerspruchsrechte

Einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung können Sie jederzeit und kostenfrei (mit Ausnahme der Übermittlungskosten nach den Basistarifen) widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen (Art. 21 DSGVO).

§ 6.3 Ausübung Ihrer Rechte

Zur Ausübung der Ihnen zustehenden Rechte wenden Sie sich bitte an die o.g. Datenschutzbeauftragte.

§ 6.4 Beschwerden

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die o.g. Datenschutzbeauftragte oder an eine gem. Art. 77 DSGVO zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf

Teil B: Allgemeine Versicherungsbedingungen

§ 1 Angaben zum Administrator

Die Administration wird durchgeführt durch die
AP Solutions GmbH
Königinstraße 28
80802 München

Sämtlicher Schriftverkehr und sämtliche Willenserklärungen sind direkt an den Administrator zu richten. Sie gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie beim Administrator eingegangen sind. Der Administrator ist vom Versicherer ermächtigt, gegenüber den Versicherten die Annahme zu erklären und zu bestätigen.

Schadenmeldung:

- online unter Angabe Ihrer Policen-Nummer: DE410005582
- <https://allianz-protection.com/login-path/policy?policyNumber=DE410005582>
- per E-Mail: targo-kreditkarte@allianz.com
- per Telefon: +49 211 - 900 20 445
- postalisch unter Angabe Ihrer Kreditkartennummer:

AWP P&C S.A.
Niederlassung für Deutschland
10848 Berlin

§ 2 Versicherte Personen

1. Versichert ist der Inhaber eines gültigen Gold-Karte Reisepaketes (Haupt- oder Zusatzkarte).
2. Auf gemeinsamen Reisen mit dem Karteninhaber ist im Assistance-Service, in der Familien-Auslandsreisekrankenversicherung und der Familien-Auslandsreiserücktritts-/Reiseabbruchversicherung auch die Familie des Karteninhabers, d. h. ein zusätzlicher Erwachsener und minderjährige Kinder, mitversichert.
 - a) Erwachsener: in häuslicher Gemeinschaft wohnender Ehepartner oder Lebensgefährte des Karteninhabers
 - b) Kinder: mit dem Karteninhaber im gemeinsamen Haushalt lebende minderjährige Kinder (leibliche Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder) des vorgenannten Personenkreises
3. Sollte der Inhaber eines Gold-Karte Reisepaketes nicht mitreisen, besteht kein Versicherungsschutz.
4. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind, sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

§ 3 Versicherte Reise, Geltungsbereich

1. Der Versicherungsschutz besteht für den Assistance-Service, die Familien-Auslandsreisekrankenversicherung, die Familien-Auslandsreiserücktritts-/Reiseabbruchversicherung für alle privat veranlassten Reisen ins Ausland, sofern die im Teil C aufgeführten „Besonderen Versicherungsbedingungen“ keine abweichenden Regelungen enthalten. Beruflich veranlasste Reisen gelten nicht als Privatreisen.
2. Als Ausland (nachfolgend „Ausland“) im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
3. Der Versicherungsschutz gilt für die ersten 62 Tage der Reise während der Vertragsdauer für Reisen ins Ausland.
4. In Ländern, für die das Auswärtige Amt eine Reisewarnung ausgesprochen hat, wird kein Versicherungsschutz gewährt und kein Service geboten.

Hinweis: Darüber hinaus ist der Geltungsbereich der einzelnen Versicherungen im Teil C zu beachten.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz

1. beginnt generell mit der Beantragung des Gold-Karte Reisepaketes, sofern der Kreditkartenvertrag wirksam zustande kommt; für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet;
2. endet zum Zeitpunkt der Beendigung des Kreditkartenvertrages;
3. endet für alle versicherten Personen mit dem Tod des Hauptkarteninhabers. Bei Tod des Zusatzkarteninhabers endet der Versicherungsschutz nur für diesen. Im Falle des Todes des Hauptkarteninhabers während einer Reise besteht der Versicherungsschutz hinsichtlich der übrigen versicherten Personen bis zum Ende der laufenden Reise fort.

Hinweis: Darüber hinaus sind die gemachten Angaben über Beginn und Ende des jeweiligen Versicherungsschutzes in Teil C zu beachten.

§ 5 Allgemeine Einschränkung des Versicherungsschutzes

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Krieg, Bürgerkrieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Terroranschläge, Asbest, Streik, Kern-

energie und Strahlenenergie, Beschlagnahme, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand. Ausgeschlossen sind zudem Schäden jeder Art, die direkt oder indirekt durch Terrorakte verursacht worden sind. Terrorakte sind jegliche Handlungen von Personen und Personengruppen zur Erreichung politischer, religiöser, ethnischer oder ideologischer Ziele, die geeignet sind, Angst und Schrecken in der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder staatliche Einrichtung Einfluss zu nehmen. Ausgeschlossen sind auch Schäden oder Kosten, die das Benutzen von nuklearen, chemischen oder biologischen Massenvernichtungswaffen mit sich bringen, wie auch immer diese in Umlauf gebracht oder kombiniert werden und unabhängig von anderen Ursachen oder Ereignissen, die gleichzeitig oder in anderer zeitlicher Reihenfolge zu diesem Schaden oder diesen Kosten beitragen.

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

Hinweis: Darüber hinaus sind die Einschränkungen des Versicherungsschutzes zu den einzelnen Versicherungen in Teil C zu beachten.

§ 6 Zahlung der Entschädigung/Versicherungsleistung

1. Die Fälligkeit der Geldleistung richtet sich nach § 14 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) und erfolgt als Gutschrift auf das von Ihnen angegebene Konto.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden nach der Maßgabe des Referenzkurses EuroFX (Geldkurs) an dem Tag in Euro umgerechnet, an dem der Schaden eingetreten ist bzw. die versicherte Person die Zahlung geleistet hat. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt am Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem für die versicherte Person ungünstigeren Kurs erworben wurden.

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

§ 7 Prämie

Die Prämie für diese Versicherungen ist bereits in der Jahresgebühr des Gold-Karte Reisepaketes enthalten. Die TARGOBANK ist demnach für die ordnungsgemäße Inrechnungstellung der Prämie verantwortlich.

Das Nichtbezahlen der fälligen Jahresgebühr an die TARGOBANK führt zum Verlust des Versicherungsschutzes.

§ 8 Allgemeine Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

1. Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kosten-erhöhung führen könnte;
 - b) den Schaden dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen;
 - c) dem Versicherer jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe seiner Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen, ggf. behandelnde Ärzte und andere Versicherer von ihrer Schweigepflicht zu entbinden sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen. Im Falle, dass die versicherte Person selbst verstorben ist, gehen die Rechte und die Obliegenheiten auf die Erben der versicherten Person über;
 - d) dem Versicherer Nachweise über die Bezahlung der gebuchten Reiseleistungen mit dem Gold-Karte Reisepaket einzureichen, sofern dies Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist.
2. Die Nachweisführung über verwandtschaftliche Verhältnisse oder das Bestehen einer Ehe-/Lebensgemeinschaft hinsichtlich der mitversicherten Personen obliegt dem Karteninhaber.

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

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Verletzt der Versicherte vorsätzlich eine der vorgenannten Pflichten, besteht kein Versicherungsschutz. Verletzt der Versicherte die Pflichten grob fahrlässig, ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist der Versicherte nach, dass die Pflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Abweichend hiervon ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit der Versicherte nachweist, dass die Pflichtverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte die Pflicht arglistig verletzt.

§ 10 Verwirkungsgründe, Verjährung

1. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
 - a) die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b) die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

2. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren.

§ 11 Rechte im Schadenfall

Die Ausübung der Rechte im Schadenfall kann nur der Inhaber der gültigen Haupt- oder Zusatzkarte für sich und für die mitversicherten Personen gegenüber dem Versicherer geltend machen. Die darüber hinaus mitversicherten Personen haben keinen eigenen Anspruch gegen den Versicherer, sofern in den „Besonderen Bedingungen“ in Teil C nicht etwas anderes bestimmt ist.

§ 12 Aufrechnung

Die versicherte Person kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt. Die Allianz ist von dem Versicherer zur Entgegennahme und zur Abgabe von Willenserklärungen bevollmächtigt.

§ 14 Ansprüche gegen Dritte

Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber der Allianz abzugeben.

§ 15 Leistung von Dritten

Die Versicherungen gelten subsidiär, d. h., Voraussetzung für die Erbringung einer Leistung ist, dass ein Dritter (z. B. ein anderer Versicherer)

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

Ein Anspruch aus dieser Versicherung besteht somit nicht, soweit Sie bzw. die begünstigte Person Ersatz aus einem konkurrierenden, anderen, eigenen oder fremden, vor oder nach Abschluss dieses Vertrages geschlossenen Versicherungsvertrag beanspruchen kann. Dies gilt auch dann, wenn diese Verträge ihrerseits eine Subsidiaritätsklausel enthalten sollten. Im Hinblick auf diese Versicherungsverträge gilt diese Versicherung als die speziellere Versicherung.

Bestreitet der andere Versicherer schriftlich seine Eintrittspflicht, so erfolgt insoweit jedoch eine Vorleistung im Rahmen dieses Vertrages. Sie bzw. die begünstigte Person hat alles ihr Mögliche und Zumutbare zu unternehmen, um dazu beizutragen, dass die Ansprüche gegen andere Versicherer verfolgt werden können. Die Vorschriften über den gesetzlichen Forderungsübergang bleiben unberührt.

§ 16 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Bei der Anspruchsprüfung wird sowohl die Kenntnis als auch das Verhalten der versicherten Person berücksichtigt, sofern nach den Versicherungsbedingungen oder den gesetzlichen Vorschriften die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind (§ 47 Versicherungsvertragsgesetz).

§ 17 Gerichtsstand, anzuwendendes Recht, Sprache

Vertragsprache ist Deutsch. Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem für den Geschäftssitz des Versicherers örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Geschäftssitz und damit Gerichtsstand ist Düsseldorf.

§ 18 Beschwerdeverfahren

Der Versicherer strebt einen jederzeit erstklassigen Service an. Falls Sie trotzdem Beschwerden in Bezug auf den erhaltenen Servicestandard haben, können Sie sich zur Lösung des Problems auf dem folgenden Weg beschweren.

Schreiben Sie bitte an:

ACM Versicherung AG
Beschwerdemanagement
Postfach 1667
77606 Offenburg
Telefon: 0211 - 73 74 73 74

Die ACM Versicherung AG ist Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“. Damit steht dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person die Möglichkeit offen, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn über getroffene Entscheidungen kein Einverständnis erzielt werden kann. Das Verfahren ist kostenfrei. Der Ombudsmann kann erreicht werden unter:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632, 10006 Berlin
Telefon: 0800 - 36 96 000 (kostenfrei)
Fax: 0800 - 36 99 000 (kostenfrei)
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Bitte vergessen Sie nicht, dass es immer von Vorteil ist, Kopien aller eingereichten Dokumente aufzubewahren. Bei Beschwerden über eine Versicherungsgesellschaft können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, wenden.

Teil C: Besondere Versicherungsbedingungen

Assistance-Service (unabhängig vom Karteneinsatz)

§ 1 Reiseassistance

1. Vor Reiseantritt und wenn Sie im Ausland unterwegs sind, erteilt der Versicherer Ihnen auf Wunsch unverbindliche Informationen über Ihr Reiseland, wie z.B. Impfbestimmungen, Warnungen der Weltgesundheitsorganisation, Art und Ausbreitung von Krankheiten, die Zusammenstellung der Reiseapotheke für bestimmte Reiseziele, allgemeine medizinische Vorsichtsmaßnahmen und Verhaltensregeln auf Reisen, identische oder vergleichbare Medikamente im Ausland, ambulante und stationäre Versorgungsmöglichkeiten im Ausland, Deutsch oder Englisch sprechende Ärzte im Ausland, Wissenswertes für Risikopatienten oder über klimatische Verhältnisse.
2. Bei Verlust oder Diebstahl von Reisegepäck, -dokumenten bzw. Geschäftsunterlagen im Ausland stellt der Versicherer seine Kommunikationsmittel zur Verfügung, um das Gepäck oder die Dokumente wieder aufzufinden. Der Versicherer unterstützt Sie mit allen notwendigen Maßnahmen (tel. Recherche, Kontaktaufnahme/Benachrichtigung von Fundbehörden bzw. der Polizei, Dolmetschen am Telefon).
3. Bei medizinischen und juristischen Notfällen nennt der Versicherer Ihnen Ärzte oder Rechtsanwälte.
4. Bei Verhaftung (oder drohender Verhaftung) leistet der Versicherer Kostenvorschüsse zur Zahlung von Strafkautionen bis zu 1.550,- EUR, die von der versicherten Person nach Abschluss der Reise zurückzuerstatten sind. Der Versicherer übernimmt keine Haftung für die Einhaltung der Gesetze oder der Rückerstattung.
5. Besteht dringender Bedarf an Medikamenten, die vor Ort nicht zur Verfügung stehen, übersendet sie der Versicherer, wenn dies gesetzlich möglich ist, und trägt die Kosten für den Versand. Der Versicherer übernimmt jedoch nicht die Kosten für die Medikamente.
6. Bei ernsthafter Erkrankung veranlasst der Versicherer auf Wunsch die Überwachung durch einen Vertrauensarzt (hierfür anfallende Kosten werden nicht vom Assistance-Service übernommen, sofern sie nicht im Rahmen der Familien-Auslandsreisekrankenversicherung versichert sind).
7. Bei ernsthafter Erkrankung und auf ausdrücklichen Wunsch des Karteninhabers organisiert der Versicherer den Krankenrücktransport oder die Überführung aus dem Ausland (hierfür anfallende Kosten werden nicht übernommen, sofern sie nicht im Rahmen der Familien-Auslandsreisekrankenversicherung versichert sind).
8. Bei Problemen bei der Bezahlung Ihrer Arztrechnung im Ausland tritt der Versicherer mit bis zu 1.550,- EUR unbürokratisch in Vorlage (hierfür anfallende Kosten werden nicht vom Assistance-Service übernommen, sofern die Arztkosten nicht im Rahmen der Familien-Auslandsreisekrankenversicherung versichert sind).
9. Bei Verkehrsunfällen im europäischen Ausland und in den Mittelmeeranrainerstaaten erhalten Sie vom Versicherer Informationen und Beratung zum Verhalten in dem betreffenden Land. Auf Wunsch leistet der Versicherer Hilfestellung bei der Aufnahme eines Kontaktes mit der gegnerischen und/oder eigenen Versicherung. In schwierigen Fällen stellt der Versicherer zu Ihrer Unterstützung für maximal 8 Stunden einen Dolmetscher vor Ort und übernimmt hierbei die entsprechenden Dolmetscherkosten.
10. Bei Notfällen übermittelt der Versicherer wichtige Nachrichten an Ihre Verwandten, Geschäftspartner und/oder Freunde im Ausgangsland und umgekehrt.
11. Bei Sprachproblemen beim Arzt, im Krankenhaus, in der Werkstatt, bei Behörden und beim Anwalt unterstützt der Versicherer Sie durch seine eigenen Dolmetscher am Telefon. Bei exotischen Sprachen benennt der Versicherer einen Dolmetscher, dessen Kosten allerdings nicht vom Assistance-Service übernommen werden. Als exotische Sprachen gelten alle anderen Sprachen als Englisch, Französisch, Spanisch oder Deutsch.

Familien-Auslandsreisekrankenversicherung (unabhängig vom Karteneinsatz)

§ 1 Gegenstand der Versicherung

1. Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer privaten Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz für im Ausland unvorhergesehene akut eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Der Versicherer gewährt bei Eintritt des Versicherungsfalles im Ausland Ersatz von Aufwendungen in Höhe der ortsüblichen Kosten für:
 - a) Heilbehandlung;
 - b) sonstige Leistungen gemäß § 3;
 - c) medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus;

- d) Überführungen oder Bestattungen. Für weiterführende Behandlungen innerhalb Deutschlands werden keine Leistungen gewährt.
- 2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen akut auftretender Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Tod.
- 3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus diesen „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- 1. Dauer: Versicherungsschutz besteht für die ersten 62 Tage aller vorübergehenden Reisen ins Ausland, die von der versicherten Person nach Zustandekommen des Kreditkartenvertrages angetreten werden. Konkret beginnt der Versicherungsschutz mit dem Verlassen der Bundesrepublik Deutschland sowie des Staatsgebiets, in dem die versicherte Person einen gemeldeten Wohnsitz hat, sofern der Beginn der Reise nicht vor der Beantragung des Gold-Karte Reisepaketes liegt. Bei einer Reise ins Ausland über einen Zeitraum von 62 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 62 Tage des Auslandsaufenthaltes.
- 2. Ende: Der Versicherungsschutz endet – auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
 - a) mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes, d. h. bei Wiedereinreise in die Bundesrepublik Deutschland sowie in das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen gemeldeten Wohnsitz hat;
 - b) spätestens mit Ablauf der ersten 62 Tage eines Auslandsaufenthaltes.
- 3. Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich in der Familien-Auslandsreisekrankenversicherung die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, längstens aber um 90 Tage ab Eintritt des Versicherungsfalles.

§ 3 Leistungsumfang

- 1. **Heilbehandlungskosten**
Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen ortsüblichen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Im Ausland steht der

versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnen. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin in Deutschland überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufener, medizinisch notwendiger Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;
- b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
- c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt maximal 300,- EUR je Reise;
- e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
- f) Röntgendiagnostik;
- g) unaufschiebbare stationäre Behandlungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt;
- h) Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück in die Unterkunft;
- i) unaufschiebbare Operationen;
- j) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz.

2. Krankenhaustagegeld

Verzichten Sie bei einer stationären Krankenhausbehandlung im Ausland auf Erstattung oder direkte Übernahme der Kosten durch den Versicherer, zahlt dieser Ihnen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 31,- EUR. Diese Leistung setzt voraus, dass der medizinische Leiter des Versicherers Ihren Leistungsanspruch auf Übernahme der stationären Heilbehandlungskosten bestätigt.

3. Rücktransport

Ist ein Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am gemeldeten Wohnsitz der versicherten Person nach Abstimmung des medizinischen Leiters des Versicherers mit dem behandelnden Arzt vor Ort im Ausland medizinisch notwendig, so wird der Transport vom medizinischen Leiter des Versicherers angeordnet. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Der Versicherer übernimmt die Kosten für den vom Versicherer veranlassenden Rücktransport sowie die Kosten für eine Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist. Für nicht durch den Versicherer veranlasste oder genehmigte Leistungen werden die Kosten nur bis zu der Höhe erstattet, die bei Organisation durch den Versicherer i. d. R. entstanden wären.

4. Überführung

Im Falle des Ablebens einer versicherten Person organisiert der Versicherer die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz und übernimmt die hierdurch entstehenden Kosten. Für nicht durch den Versicherer veranlasste oder genehmigte Leistungen werden nur Kosten bis zu 10.500,- EUR erstattet.

5. Bestattung im Ausland

Der Versicherer organisiert die Bestattung vor Ort und übernimmt die hierdurch entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären. Die Kosten für die Grabstelle, den Grabstein und die Trauerfeier zählen nicht zu den erstattungsfähigen Kosten. Für nicht durch den Versicherer veranlasste oder genehmigte Leistungen werden die Kosten nur bis zu der Höhe erstattet, die bei Organisation durch den Versicherer i. d. R. entstanden wären.

6. Nachleistung im Ausland

Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, und/oder wird ein Rücktransport medizinisch notwendig, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht bis zu einer Dauer von 90 Tagen weiter.

§ 4 Besondere Einschränkungen des Versicherungsschutzes

(Ergänzung zu den in Teil B, § 5 aufgeführten allgemeinen Einschränkungen)

1. Keine Leistungspflicht besteht:
 - a) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - b) für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten (hierzu zählen auch Dialysen sowie Behandlungen für krankhafte geistige Zustände einschließlich Angst vor dem Fliegen oder sonstiger Reisephobien);
 - c) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
 - e) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren und alle Fälle, in denen Sie unter Alkohol- oder Drogeneinwirkung stehen;
 - f) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eintretenden Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
 - g) für Aufwendungen, die durch Behandlungsmethoden und Arzneimittel entstehen, die weder in der Bundesrepublik Deutschland noch im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind;
 - h) für Hilfsmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, sofern sie nicht allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - i) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - j) für Behandlungen durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - k) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - l) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;

- m) für Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktions-therapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen;
 - n) für Immunisierungsmaßnahmen;
 - o) für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - p) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
 - q) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - r) für Medikamente, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, bei denen es sich um Nähr-, Stärkungs- sowie kosmetische Präparate handelt;
 - s) für Kosten eines Seekrankentransportes/-krankentrücktransportes (bei Schiffsreisen);
 - t) bei Ausübung von extremen Sportarten, für die eine Spezialausrüstung, spezielles Training und Vorbereitungsmaßnahmen erforderlich sind (z. B. Bungee-Jumping, Fallschirmspringen, Paragliding, Tauchen in einer Tiefe von mehr als 30 Metern);
 - u) bei Skilauf außerhalb von Pisten ohne Begleitung eines Führers;
 - v) bei Beteiligung an Veranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit, Ausdauer- oder Rekordleistung ankommt, sowie bei professioneller Ausübung von Sportarten;
 - w) für körperliche Arbeiten in Verbindung mit beruflichen Tätigkeiten als Bauarbeiter oder dergleichen.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
 3. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer berechtigt, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abzuziehen.

§ 5 Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

(Ergänzung zu den in Teil B, § 8 aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten)

1. Beachten Sie bitte, dass Sie die Belege bei allen erstattungspflichtigen Schäden zunächst Ihrer gesetzlichen Krankenkasse bzw. Ihrer privaten Krankenversicherung vorlegen und ihre Leistungen oder ihre Ablehnung nachweisen. Die mit den entsprechenden Kostennoten des jeweiligen Kostenträgers versehenen Originalbelege legen Sie dem Versicherer bitte innerhalb von 28 Tagen nach Ihrer Heimkehr bzw. schnellstmöglich nach Bearbeitung durch Ihre gesetzliche Krankenkasse oder Ihren privaten Krankenversicherer vor.
2. Folgende Belege, die Eigentum des Versicherers werden, müssen vorgelegt werden:
 - a) Originalbelege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
 - b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel ist zusammen mit der Verordnung einzureichen;
 - c) bei Anspruch auf Krankenhaustagegeld ist eine Bescheinigung des Krankenhauses über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie das Aufnahme- und Entlassungsdatum enthält;
 - d) Nachweis über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden; ferner ist eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen;
 - e) eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.
3. Die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
4. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
5. Dem Versicherer ist auf Verlangen folgende Ermächtigung über die Entbindung von der Schweigepflicht zu erteilen: „Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von

Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.“

6. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
7. Die versicherte Person ist verpflichtet, im Falle eines Rücktransportes, vor einer stationären Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unverzüglich Kontakt zum Versicherer aufzunehmen.
8. Ergänzende Folgen von Obliegenheitsverletzungen: Verletzt die versicherte Person eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, er hat begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders.
2. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass Überweisungen ins Ausland vorgenommen oder auf Verlangen der versicherten Person besondere Überweisungsformen gewählt werden.
3. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Familien-Auslandsreiserücktritts-/Reiseabbruchversicherung (abhängig vom Karteneinsatz)

§ 1 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer leistet für jede mit einem Gold-Karte Reisepaket vollständig bezahlte private Auslandsreise unter Abzug des Selbstbehaltes gemäß § 3 eine Entschädigung bei:

- a) Nichtantritt der Reise für die dem Reiseunternehmen oder einem anderen von der versicherten Person vertraglich geschuldeten Reiserücktrittskosten (Stornokosten);
- b) Abbruch der Reise für die nachweislich entstandenen zusätzlichen Rückreisekosten und die hierdurch unmittelbar verursachten sonstigen Mehrkosten der

versicherten Person, vorausgesetzt dass An- und Abreise in dem versicherten Arrangement enthalten sind; dies gilt auch im Falle nachträglicher Rückkehr, vorausgesetzt dass die versicherte Person mitreist. Bei Erstattung dieser Kosten wird in Bezug auf Art und Klasse des Transportmittels, der Unterkunft und Verpflegung auf die durch die Reise gebuchte Qualität abgestellt. Wenn abweichend von der gebuchten Reise die Rückreise mit dem Flugzeug erforderlich wird, werden nur die Kosten für einen Sitzplatz in der einfachsten Flugzeugklasse ersetzt.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz in der Auslandsreiserücktrittsversicherung beginnt durch Bezahlung der Reise mit dem Gold-Karte Reisepaket und endet spätestens 62 Tage nach Antritt der Reise. Nicht versichert sind Reisen, die zwar mit einem gültigen Gold-Karte Reisepaket bezahlt wurden, aber deren Stornierung oder Abbruch (Schadentag) zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt, an dem das Gold-Karte Reisepaket nicht mehr gültig ist.

§ 3 Versicherungssumme, Selbstbehalt

1. Der Versicherer haftet bis zur Höhe der Versicherungssumme abzüglich Selbstbehalt. Die Höchstversicherungssumme je Reisevertrag beträgt 7.500,- EUR für alle versicherten Personen zusammen je Reise. Sollten nachweislich zusätzliche Rückreisekosten entstehen, gelten diese im Rahmen eines Schadensfalles als mitversichert, sofern die Höchstversicherungssumme abzüglich Selbstbehalt nicht überschritten wird.
2. Der Selbstbehalt von dem erstattungsfähigen Schaden beträgt 20%, mindestens jedoch 100,- EUR pro Ereignis. Wird der Versicherungsfall durch Krankheit ausgelöst und ist eine stationäre Behandlung erforderlich, beträgt der Selbstbehalt für die versicherte Person 100,- EUR.

§ 4 Leistungsumfang

1. Der Versicherer ist leistungspflichtig, wenn während der Dauer des Versicherungsschutzes aufgrund eines der nachstehend genannten versicherten Ereignisse entweder die Reiseunfähigkeit einer der versicherten Personen nach allgemeiner Lebenserfahrung zu erwarten ist oder ihr der Antritt der Reise oder deren planmäßige Beendigung nicht zugemutet werden kann:
 - a) Schwangerschaftskomplikationen;
 - b) Schaden am Eigentum der versicherten Person infolge von Feuer, Elementarereignis oder vorsätzlicher Straftat eines Dritten. Der Schaden muss im Verhältnis zu der wirtschaftlichen Lage und dem Vermögen des Geschädigten erheblich sein oder dessen Anwesenheit zur Schadensfeststellung notwendig sein;
 - c) Verlust des Arbeitsplatzes mit anschließender

- Arbeitslosigkeit infolge einer unerwarteten, betriebsbedingten Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber;
 - d) Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses aus der Arbeitslosigkeit heraus, sofern die versicherte Person bei der Reisebuchung arbeitslos gemeldet war und das Arbeitsamt der Reise zugestimmt hat;
 - e) schwerer Unfall oder Impfunverträglichkeit eines zur Reise angemeldeten Hundes. Nicht versichert ist jedoch ein Impfversagen oder ein zu geringer Aufbau eines für das Reiseland vorgeschriebenen Antikörperwertes.
2. Der Versicherer ist leistungspflichtig, wenn während der Dauer des Versicherungsschutzes eines der nachstehend genannten versicherten Ereignisse bei einer der versicherten Personen oder einer Risikoperson eingetreten ist:
 - a) Tod, schwerer Unfall oder unerwartete Erkrankung;
 - b) Impfunverträglichkeiten.
 3. Risikopersonen sind:
 - a) versicherte Personen untereinander, die gemeinsam eine Reise gebucht haben;
 - b) die Angehörigen einer versicherten Person, hierzu zählen: ihr Ehegatte/ihre Ehegattin, ihre Kinder, Eltern, Geschwister, Großeltern, Enkel, Schwiegereltern, Schwiegerkinder.
- eines Facharztes für Psychiatrie), Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und fachärztlichen Attesten, Sterbeurkunden, Belegen zu Schäden am Eigentum, Bescheinigungen des Arbeitgebers über die betriebsbedingte Kündigung bzw. Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses und Bescheinigungen der Agentur für Arbeit über den Beginn der Arbeitslosigkeit zu belegen sowie
 - 4. dem Versicherer jede gewünschte sachdienliche Auskunft zu erteilen und ihm alle erforderlichen Beweismittel unter Beifügung der Buchungsunterlagen von sich aus zur Verfügung zu stellen;
 - 5. auf Verlangen des Versicherers die Ärzte von der Schweigepflicht in Bezug auf den Versicherungsfall zu entbinden, soweit diesem Verlangen rechtswirksam nachgekommen werden kann, sowie
 - 6. dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Frage der Reiseunfähigkeit aufgrund eines schweren Unfalles oder einer unerwartet schweren Erkrankung durch fachärztliche Gutachten überprüfen zu lassen.
 - 7. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus Teil B, § 9 der Bedingungen.

Stand: 1. Januar 2026

§ 5 Besondere Einschränkungen des Versicherungsschutzes

(Ergänzung zu den in Teil B, § 5 aufgeführten allgemeinen Einschränkungen)

1. Der Versicherer ist von der Leistungsverpflichtung frei, wenn für die versicherte Person die hohe Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Versicherungsfalles bei Abschluss der Reise vorhersehbar war.
2. Nicht versichert sind nach einem Reiseabbruch entstehende Kosten für am Urlaubsort nicht genutzte Tage sowie entgangene Urlaubsfreuden.

§ 6 Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

(Ergänzung zu den in Teil B, § 8 aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten)

1. Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer den Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich mitzuteilen und
2. gleichzeitig die Reise bei der Buchungsstelle oder im Falle der schon angetretenen Reise beim Reiseveranstalter zu stornieren, um die Stornokosten möglichst niedrig zu halten, sowie
3. den Eintritt eines versicherten Ereignisses durch die Vorlage von ärztlichen Bescheinigungen (psychiatrische Erkrankungen durch eine ärztliche Bescheinigung

Wir sind gerne für Sie da

Wann und wo es Ihnen am besten passt



Online- & Mobile-Banking
unter www.targobank.de oder in der Banking-App
E-Mail: kontakt@targobank.de



Beratungstermin in der Filiale vereinbaren
kostenlos unter **0800 - 011 33 55 41** oder online
unter www.targobank.de/termin



ACM Versicherung AG
Servicenummer: **+49 211 - 900 20 445**
E-Mail: targo-kreditkarte@allianz.com
