



ACCIDENT & GENERAL INSURANCE COMPANY, LIMITED

Geschäftsanschrift: c/o Artex Risk Solutions (Cayman) Ltd., P.O. Box 10233, 171 Elgin Avenue Willow House, Cricket Square, George Town KY1-1002 Grand Cayman
(im Folgenden die „Versicherungsgesellschaft“)

VERSICHERUNGSSCHEIN ZUR KURZFRISTIGEN TAUCHVERSICHERUNG

Dieser Versicherungsschein beschreibt die Unfallversicherung, die die Versicherungsgesellschaft den Versicherten anbietet. Die Versicherung unterliegt den Voraussetzungen zur Berechtigung und der Laufzeit der Police. Die in diesem Versicherungsschein beschriebenen Leistungen werden im Rahmen der dem genannten Versicherungsnehmer angegebenen Police erbracht:

Versicherungsnummer: G-2018-ST (die „Police“)

Versicherungsgeber: TRAVELER EMERGENCY MEDICAL SERVICES, LTD. (TEMS)

Gesetzeskonformität

Sollten die Bestimmungen der Police und dieses Versicherungsscheins nicht den Anforderungen eines Staats-, Landes- oder Bundesgesetzes oder einer Verordnung entsprechen, die für die Police/den Versicherungsschein gelten, dann ändert sich die Police/der Versicherungsschein automatisch so, dass sie/er diesem Gesetz oder dieser Verordnung entspricht. Falls festgestellt wird, dass diese Police von Einwohnern bestimmter Staaten, Provinzen, Länder oder anderer Hoheitsgebiete nicht erworben werden darf, kann der Versicherungsschein storniert und jede gezahlte Prämie zurückerstattet werden.

Der Antrag, die Master-Police, der Versicherungsschein und alle beigefügten Anlagen bilden den gesamten Vertrag zwischen der Versicherungsgesellschaft und den Versicherten. Dieser Vertrag kann ohne Benachrichtigung oder Zustimmung einer Person mit wirtschaftlichem Interesse an der Police geändert, verlängert oder beendet werden. Bitte lesen Sie diesen Versicherungsschein sorgfältig durch.

Dieser Versicherungsplan bietet keine umfassende Gesundheitsversorgung und ist keine allgemeine Krankenversicherung. Er deckt lediglich Unfälle ab. Diese Police deckt keine Kosten ab, die sich aus der medizinischen Versorgung in den Vereinigten Staaten ergeben.

Betrugsvermerk: Jede Person, die in der Absicht zu betrügen oder im Wissen, dass sie einen Betrug gegen einen Versicherer ermöglicht, einen Antrag stellt oder eine Schadensmeldung mit einer falschen oder irreführenden Aussage einreicht, kann sich der von einem zuständigen Gericht festgestellten Straftat des Versicherungsbetrugs schuldig machen.

MELDEPFLICHT

Wenn Sie erkranken oder sich verletzen, müssen Sie sich sofort an die nächstgelegene notfallmedizinische Einrichtung wenden. Im Falle eines Unfalls oder einer Verletzung, der/die unter diese Police fällt, müssen Sie sich unverzüglich an DAN World wenden, um sich den Versicherungsschutz bestätigen zu lassen und eine Zahlungsgarantie für alle zu erbringenden medizinischen Leistungen zu erhalten. Falls Umstände vorliegen, die Sie daran hindern, DAN World zu kontaktieren, müssen Sie DAN World so schnell wie möglich informieren.

WELTWEITE NOTFALLHILFE

Im Fall eines durch die Versicherung gedeckten Tauchunfalls müssen Sie sich sofort unter +1 919 684 9111 an die DAN-Hotline wenden. Sie ist an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr mit medizinischem Fachpersonal und ausgebildeten DAN-Ärzten besetzt, die Ihnen in einem solchen Notfall helfen können. R-Gespräche werden weltweit akzeptiert.

INHALTSVERZEICHNIS

DEFINITIONEN	3
BERECHTIGUNG UND BEGINN DER VERSICHERUNGSLAUFZEIT	6
LEISTUNGEN.....	7
LEISTUNGSÜBERSICHT	8
UNFALLTRANSPORT UND MEDIZINISCHE HILFE.....	9
UNFALLVERSICHERUNG	11
SUCHE UND RETTUNG	10
UNFALLTOD UND VERLUST VON GLIEDMASSEN	13
ZUSATZLEISTUNGEN	13
AUSSCHLÜSSE	14
ALLGEMEINE BEDINGUNGEN	16
BESTIMMUNGEN FÜR DEN SCHADENFALL.....	17

DEFINITIONEN

UNFALL bezeichnet ein plötzliches, unvorhergesehenes und unerwartetes Ereignis, das ohne eine vorsätzliche, dieses Ereignis verursachende oder dazu beitragende Handlung der versicherten Person eintritt.

ARTERIELLE GASEMBOLIE (AGE) bezeichnet Zeichen und Symptome, die darauf zurückzuführen sind, dass Gas, das durch einen Überdruck in gashaltigen Körperstrukturen während eines versicherten Tauchgangs entsteht, in das arterielle System eintritt.

VERSICHERUNGSSCHEIN bezeichnet diesen Versicherungsschein (und die Leistungsübersicht), der der versicherten Person ausgestellt wird und die Deckung im Rahmen der Police nachweist.

Ein **BERUFSTAUCHER** ist ein Taucher, der SCUBA (Tauchflaschen) oder eine oberirdische Luftquelle nutzt, Tauchaktivitäten zu geschäftlichen Zwecken durchführt und dafür eine Vergütung oder eine andere Form der Gegenleistung erhält. Die Tauchaktivitäten von Berufstauchern umfassen unter anderem Bauarbeiten, Inspektionen, Suche und Rettung, Bergung, Reparaturen und das Sammeln von Meeresfrüchten. Tauchprofis, Unterwasser-Fotografen und -Videografen, wissenschaftliche Taucher und Taucher, die zu Forschungszwecken tauchen oder ihre Dienste ehrenamtlich anbieten, sind keine Berufstaucher.

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT bezeichnet die unterzeichnende Versicherungsgesellschaft, die Accident & General Insurance Company, Ltd. Für Verwaltungszwecke kann „Versicherungsgesellschaft“ auch den ermächtigten Verwalter einschließen, der in ihrem Namen handelt.

VERSICHERTER TAUCHGANG oder VERSICHERTE TAUCHAKTIVITÄT bezeichnet:

1. Freitauchen (Apnoe), Schnorcheln und/oder SCUBA-Tauchen oder Tauchschulungen für das Freitauchen oder einen SCUBA-Tauchschein oder
2. Tauchen als Tauchlehrer, Divemaster oder Unterwasserfotograf/Videograf oder
3. Tauchen während der Durchführung von Forschungsarbeiten unter der Schirmherrschaft und in Übereinstimmung mit den Tauchsicherheitsrichtlinien der American Academy of Underwater Scientists (AAUS), der Canadian Academy of Underwater Scientists (CAUS) oder einer Gruppe, deren schriftlich niedergelegtes Tauchforschungsprogramm denen der AAUS oder CAUS gleichkommt oder über diese hinausgeht; oder
4. Tauchen als freiwilliger Helfer zur Unterstützung von Projekten zum Schutz der Meere oder zur Wiederherstellung maritimer Lebensräume.

Ein versicherter Tauchgang beginnt beim Eintritt ins Wasser und endet beim Austritt aus dem Wasser. Er muss während der Laufzeit der Versicherung beginnen, und Sie müssen innerhalb der Grenzen Ihrer Ausbildung tauchen, so wie sie von dem Ausbildungsträger definiert werden, der Sie zertifiziert hat.

VERSICHERTER TAUCHUNFALL bezeichnet einen Unfall, eine Dekompressionskrankheit oder eine Verletzung im Wasser, der/die sich aus einem versicherten Tauchgang ergibt, unabhängig von der Tiefe.

BETREUUNG bezeichnet Pflege:

1. die in erster Linie für die Versorgung der versicherten Person vorgesehen ist, und
2. die im Wesentlichen dazu bestimmt ist, die versicherte Person bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen.

Betreuung umfasst nicht Pflege, die in erster Linie zu therapeutischen Zwecken bei der Behandlung von Verletzungen erbracht wird.

DEKOMPRESSIONSKRANKHEIT bezeichnet die Dekompressionskrankheit (DCS) oder die arterielle Gasembolie (AGE). Diese Erkrankung muss die direkte Folge eines versicherten Tauchgangs sein, der während des Versicherungszeitraums stattfindet.

DEKOMPRESSIONSKRANKHEIT (DCS) bezeichnet Zeichen und Symptome, die sich ergeben, wenn in den Geweben Gas vorhanden ist, das in Blasen im Körper austritt, wenn auf einem von der Versicherung gedeckten Tauchgang der Druck abnimmt.

WAHLBEHANDLUNG UND -VERFAHREN bezeichnet alle medizinischen Behandlungen und chirurgischen Verfahren, die medizinisch nicht notwendig sind, einschließlich aller Dienstleistungen, Behandlungen oder Sachmittel, die vom Bund, von einer staatlichen oder lokalen Regierungsbehörde oder von uns als der Forschung dienend oder experimentell angesehen werden oder die nicht als allgemein anerkannte medizinische Praxis anerkannt sind.

KRANKENHAUS bezeichnet eine Einrichtung, die alle folgenden Anforderungen erfüllt:

1. Sie muss nach gesetzlichen Richtlinien betrieben werden;
2. Sie muss den Kranken oder Verletzten rund um die Uhr stationär medizinische Versorgung, Diagnose und Behandlung bieten;
3. Sie muss diagnostische und chirurgische Einrichtungen unter ärztlicher Aufsicht bereitstellen;
4. Zugelassene Krankenpfleger/-innen müssen rund um die Uhr erreichbar oder einsatzbereit sein; und
5. Die Versorgung muss entweder auf dem Gelände des Krankenhauses oder in Einrichtungen erfolgen, die dem Krankenhaus nach vorheriger Vereinbarung zur Verfügung stehen.

Ein Krankenhaus ist nicht: eine Ruhe-, Genesungs-, erweiterte Pflege-, Rehabilitations- oder andere Pflegeeinrichtung; eine Einrichtung, die hauptsächlich psychische Erkrankungen, Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit behandelt (oder eine Station, ein Flügel oder ein anderer Teil des Krankenhauses, der für solche Zwecke genutzt wird), oder eine Einrichtung, die Hospizpflege anbietet (oder ein Flügel, eine Station oder ein anderer Teil eines Krankenhauses, der für solche Zwecke genutzt wird).

DRUCKKAMMER bezeichnet einen Druckbehälter, der für die Rekompensation von Tauchunfallopfern und/oder die Anwendung einer Sauerstofftherapie unter Anwendung von Überdruck zugelassen ist, insbesondere für die Rekompensation bei AGE oder DCS.

UNMITTELBARES FAMILIENMITGLIED bezeichnet eine versicherte Person oder ihren Ehepartner, die Kinder, Brüder, Schwestern und Eltern oder Stiefeltern entweder der versicherten Person oder des Ehepartners der versicherten Person, sowie die Ehepartner der Kinder, Brüder und Schwestern entweder der versicherten Person oder des Ehepartners der versicherten Person, ob durch Blut, Ehe oder Adoption.

VERLETZUNG bezeichnet eine körperliche Verletzung (keine geistigen oder emotionalen Schäden) durch einen durch die Versicherung gedeckten Tauchunfall, die nicht durch Krankheit, Infektion, körperliche Gebrechen oder andere anormale körperliche Zustände verursacht wird und die (i) eine Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt erfordert und (ii) auftritt, während die Versicherung der verletzten Person im Rahmen der Police in Kraft ist. Alle Verletzungen, die eine Person bei einem Unfall erleidet, einschließlich der damit verbundenen Erkrankungen und wiederkehrenden Symptome dieser Verletzungen, gelten als eine einzige Verletzung.

STATIONÄRER PATIENT bezeichnet eine versicherte Person, die als registrierter Bettenpatient in ein Krankenhaus aufgenommen wurde und für die eine Zimmer- und Verpflegungspauschale erhoben wird.

VERSICHERUNG bezeichnet den Versicherungsschutz, den eine versicherte Person im Rahmen der Police hat.

VERSICHERTE PERSONEN sind Personen, die im Rahmen der Police versichert sind.

Die **INTENSIVSTATION** ist ein separater Teil eines Krankenhauses, der für schwer- und schwerstkranke Patienten reserviert ist, die eine hoch qualifizierte Pflege und eine ständige oder enge und häufige audiovisuelle Beobachtung benötigen. Die Intensivstation muss ihren Patienten Folgendes zur Verfügung stellen:

1. Zimmer und Verpflegung;

2. Pflege durch Krankenpfleger/-innen, die nur in dieser Einheit arbeiten, und

3. Sonderausstattungen und Sachmittel, die in erster Linie für die Verwendung innerhalb der Einheit bestimmt sind.

MEDIZINISCH NOTWENDIG bezeichnet Dienstleistungen oder Sachmittel, die vom behandelnden Arzt:

1. als geeignet und notwendig für die Symptome, die Diagnose oder die direkte Pflege und Behandlung einer Verletzung oder Erkrankung und

2. als für die Symptome, die Diagnose oder die direkte Pflege und Behandlung einer Verletzung oder Erkrankung vorgesehen und

3. als innerhalb der Standards guter medizinischer Praxis der organisierten medizinischen Gemeinschaft befindlich und

4. als nicht in erster Linie für die Bequemlichkeit der versicherten Person, des Arztes der versicherten Person oder eines anderen Anbieters gedacht und

5. als die am besten geeignete Versorgung oder das am besten geeignete Dienstleistungsniveau erachtet werden, das zuverlässig bereitgestellt werden kann.

Für Krankenhausaufenthalte bedeutet dies, dass eine stationäre Akutversorgung aufgrund der Art der Leistungen, die die versicherte Person erhält, oder der Schwere des Zustands der versicherten Person notwendig ist, und dass die ambulante Behandlung nicht ausreichend wäre, um die versicherte Person effektiv zu behandeln.

KRANKENPFLEGER/-IN bezeichnet eine/n zugelassene/n Krankenpfleger/-in oder eine andere, für einen Heilberuf qualifizierte Person, die Pflegeleistungen erbringt und für die Erbringung solcher Leistungen in dem Land oder Hoheitsgebiet, in dem die Leistungen erbracht werden, zugelassen oder zertifiziert ist.

ANDERE VERSICHERUNGEN sind Versicherungen, die durch andere Versicherungs- oder Sozialpläne oder Vorauszahlungsvereinbarungen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Blue Cross- oder Blue Shield-Pläne) abgeschlossen werden, unabhängig davon, ob die andere Versicherung auf individueller, familiärer oder Gruppenbasis oder durch einen Arbeitgeber, eine Gewerkschaft oder eine Mitgliedschaft in einem Verband abgeschlossen wird. Wird die Versicherung auf der Grundlage einer Erbringung von Dienstleistungen gewährt, so gilt für die Zwecke dieser Definition der Betrag, den die erbrachten Dienstleistungen ohne die Versicherung gekostet hätten. „Andere Versicherungen“ umfasst auch Haftpflichtversicherungen und Kfz-Unfallversicherungen.

AMBULANTE Behandlung bezeichnet medizinisch notwendige Leistungen und Sachmittel, die für eine versicherte Person in einer Arztpraxis oder der Ambulanz eines Krankenhauses erbracht werden und für die keine Kosten für Unterkunft und Verpflegung anfallen.

ARZT bezeichnet einen ordnungsgemäß approbierten Arzt mit gutem Ruf, der im Rahmen seiner Zulassung handelt und einer versicherten Person Pflege oder Behandlung anbietet. Dies schließt ein:

1. einen Arzt, der zur Erbringung medizinischer Dienstleistungen und zur Durchführung allgemeiner Operationen zugelassen ist, oder

2. jeden anderen Arzt, dessen Dienstleistungen nach dem Recht der Gerichtsbarkeit, in der sie erbracht werden, durch die Police abgedeckt sein müssen.

Hiervon ausgeschlossen sind unmittelbare Familienmitglieder, Reisebegleiter und Mitarbeiter, Geschäftspartner oder Unternehmenspartner der versicherten Person.

POLICE bezeichnet den Vertrag, der für Traveler EMS ausgestellt wurde und die hier genannten Leistungen beinhaltet.

VORERKRANKUNG bezeichnet eine Krankheit, Erkrankung oder einen anderen Zustand, für den ein Arzt während des Zeitraums von sechs (6) Monaten unmittelbar vor dem Beginn der Versicherung des Versicherungsnehmers eine medizinische Beratung, Diagnose, Pflege oder Behandlung empfohlen oder erbracht hat. Dies umfasst:

1. jede Empfehlung für einen diagnostischen Test, eine Untersuchung oder eine medizinische Behandlung oder

2. Erkrankungen, gegen die die versicherte Person Medikamente eingenommen oder ein Rezept erhalten hat.
3. Erkrankungen, bei denen Symptome vorlagen, die eine mit normaler Umsicht handelnde Person veranlassen würden, sich vor einer Reise oder einem Tauchurlaub behandeln zu lassen oder eine Diagnose einzuholen.
Ziffer (2) dieser Definition gilt nicht für eine Erkrankung, die ausschließlich durch die Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten behandelt oder kontrolliert wird und während des Zeitraums von sechs (6) Monaten vor Beginn dieser Versicherung ohne Anpassung oder Änderung der erforderlichen Verschreibung behandelt oder kontrolliert wird.

ANGEMESSEN UND ÜBLICH bezeichnet Kosten, die nicht höher sind als die üblichen Kosten für eine notwendige medizinische Behandlung in der Region, in der sie empfangen wird. Die Art und Schwere der Verletzung oder Erkrankung wird von uns berücksichtigt.

ERKRANKUNG ist eine Erkrankung des Körpers aufgrund eines versicherten Tauchunfalls, die:

1. eine Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt erfordert und
2. während der Laufzeit der Versicherung beginnt, und
3. in den Fällen, in denen die Leistung von der Unfähigkeit der versicherten Person zum Tauchen abhängig ist, ein Arzt nach eigenem Ermessen verhindern würde, dass die versicherte Person während einer Reise taucht.

WIR, UNS oder **UNSER** bezeichnet die in diesem Versicherungsschein genannte Versicherungsgesellschaft.

SIE, IHR und **IHRE** bezeichnet die versicherte Person.

BERECHTIGUNG

Folgende Personen können diese Versicherung abschließen:

Natürliche Personen zwischen 8 und 75 Jahren, die sich entweder in einer Tauchausbildung befinden oder eine Zertifizierung für Freitauchen oder SCUBA-Tauchen besitzen. Der Versicherungsgeber kann Personen über 75 Jahren nach eigenem Ermessen eine schriftliche Freistellung von der Altersgrenze gewähren. In einem solchen Fall kann die betroffene Person aufgefordert werden, die ärztliche Genehmigung eines tauchmedizinisch ausgebildeten und für den Versicherungsgeber akzeptablen Arztes vorzulegen, der die Person für Tauchaktivitäten freigibt. (Der Versicherungsgeber wird bei der Beantragung mitteilen, ob dies erforderlich ist).

VERSICHERUNGSBEGINN

Der Versicherungsschutz tritt in Kraft, wenn eine Person berechtigt ist, die erforderlichen Anmeldeformulare ausgefüllt und den erforderlichen Beitrag bezahlt hat und vom Versicherungsgeber angenommen wurde. Der Annahmebescheid wird an die von der versicherten Person angegebene E-Mail-Adresse geschickt.

VERSICHERUNGSENDE

Der Versicherungsschutz endet automatisch mit Ablauf der Laufzeit, für die der Beitrag gezahlt wurde (siehe „Versicherungslaufzeit“ in der Leistungsübersicht). Die Kündigung der Police hat keinen Einfluss auf einen Schadensfall, der nach Inkrafttreten der Versicherung und vor deren Ende eintritt.

DECKUNGSGRENZE

Wir zahlen maximal 200.000 US-Dollar für alle versicherten Kosten, die sich aus der Verletzung oder Erkrankung einer einzelnen versicherten Person ergeben, ungeachtet der Anzahl der Unfälle oder Erkrankungen, die sich ereignen, oder der

Anzahl der Schadensmeldungen. Diese einmalige Deckungsgrenze gilt auch dann, wenn eine versicherte Person an mehreren Unfällen beteiligt ist, die sich über mehrere Versicherungslaufzeiten hinweg ereignen. Für bestimmte Einzelleistungen können, wie in der Leistungsübersicht aufgeführt, niedrigere Leistungsgrenzen gelten.

LEISTUNGEN

Diese kurzfristige Tauchversicherung wird jeder versicherten Person von der Versicherungsgesellschaft zur Verfügung gestellt. Nach Erhalt der Annahmestätigung des Versicherungsgebers zu Ihrem Antrag haben Sie Anspruch auf die hierin beschriebenen Leistungen. Die Versicherungsgesellschaft zahlt diese Leistungen vorbehaltlich der in diesem Dokument genannten Bedingungen und Einschränkungen. Der zu zahlende Gesamtleistungsbetrag für alle angefallenen Kosten wird 200.000 US-Dollar nicht überschreiten. Für bestimmte Einzelleistungen können, wie in der Leistungsübersicht aufgeführt, niedrigere Leistungsgrenzen gelten.

Alle Leistungen für medizinische Nottransporte und die Reiseunterstützung müssen, um versicherungsfähig zu sein, vom Versicherungsgeber arrangiert und im Voraus genehmigt werden, und alle Reisearrangements müssen über DAN World koordiniert werden. Im Rahmen dieser Police besteht kein Versicherungsschutz für Kosten, die sich aus der medizinischen Versorgung in den Vereinigten Staaten ergeben.

GEOGRAFISCHE REICHWEITE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Diese Police gilt weltweit. Für Gebietsansässige der folgenden Länder und Schäden, die sich dort ereignen, besteht keine Versicherungsdeckung: Afghanistan, Iran, Irak, Nordkorea, Somalia, Syrien und Jemen. Die Liste der vom Versicherungsschutz ausgeschlossenen Länder kann vom Versicherungsgeber jederzeit aktualisiert werden.

LEISTUNGSÜBERSICHT

Beschreibung der Leistung (nur bei Tauchunfällen)	Sonstige Geschäftsbedingungen (Einzelgrenzen)	Gesamtdeckung alle Leistungen
Medizinische Notevakuierung	100.000 US-Dollar – Kombinierte Deckung	Maximal 200.000 US-Dollar
Medizinisch notwendige Überführung in das Heimatland		
Unfallversicherung – Nur versicherter Tauchgang	100.000 US-Dollar Siehe Police für versicherte Kosten, Deckungsgrenzen und Ausschlüsse.	
Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen	10.000 US-Dollar	
Überführung sterblicher Überreste in das Heimatland	5.000 US-Dollar	
Such- und Rettungsdienst	10.000 US-Dollar	
Zusätzliche Transporte/Übernachtungen	3.000 US-Dollar	
Verlorene Tauchausrüstung	2.000 US-Dollar	
Mischgase und Kreislaufauchaugeräte	Gedeckt	
Freitauchen, SCUBA, Höhlentauchen und Eistauchen	Gedeckt	
DAN TravelAssist – Reiseassistenzdienste	Inbegriffen	
HINWEIS: DIE MAXIMALE GESAMTLEISTUNG FÜR DIE MEDIZINISCHE NOTEVAKUIERUNG UND DIE MEDIZINISCHEN KOSTEN, DIE SICH AUS EINEM VERSICHERTEN TAUCHGANG ERGEBEN, BETRÄGT 200.000 US-DOLLAR.		
Zusätzlicher Krankentransport	Diese zusätzliche Leistungen erhalten Sie beim Abschluss einer Jahresmitgliedschaft und -versicherung bei DAN.	
Krankentransport in das Heimatland		
Besuch eines Familienmitglieds oder Freundes		
Rückkehr des Reisebegleiters		
Rückkehr von abhängigen Kindern		
Rückgabe des Fahrzeugs		
Persönliche Haftung		
Krankenversicherung – Nicht-Tauchen		
Krankenversicherung – Benannter Wassersport		
Dauerhafte und vollständige Invalidität		
Verlust von Tauchausrüstung		
Stornierung des Tauchurlaubs		
Unterbrechung des Tauchurlaubs		

KRANKENTRANSPORT UND ÄRZTLICHE HILFE

WELTWEITE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN UND HILFE RUND UM DIE UHR

Die DAN-Hotline, medizinische Experten und Kundendienstmitarbeiter stehen der versicherten Person rund um die Uhr zur Verfügung, um ihr bei einem versicherten Tauchunfall Hilfe und Beratung zu leisten. DAN World hilft bei der Organisation der Reaktion auf einen medizinischen Notfall, und wir ergreifen die Maßnahmen, die wir in Absprache mit dem medizinischen Personal vor Ort als im besten Interesse der versicherten Person erachten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf: (i) die Empfehlung oder Gewährleistung der Verfügbarkeit von Dienstleistungen eines lokalen Arztes (wenn möglich), (ii) Organisation von Druckkammerbehandlungen oder Krankenhausaufenthalten, und (iii) in den Fällen, in denen es medizinisch notwendig ist, die Organisation von Krankentransporten.

KRANKENTRANSPORT

Sobald uns gegenüber nachgewiesen wird, dass die versicherte Person einen versicherten Tauchunfall erlitten hat und ein solcher Zustand eine Notevakuierung oder medizinisch notwendige Überführung erfordert, zahlen wir für eine solche Evakuierung oder Überführung die versicherten Kosten bis zur Höhe der Gesamtleistungsgrenze.

NOTEVAKUIERUNG bezeichnet, wenn es keine örtliche medizinische Versorgung gibt und der medizinische Zustand der versicherten Person sowie der medizinische Bedarf eine sofortige Beförderung rechtfertigen, den Transport vom Ort des versicherten Tauchunfalls zum nächsten Krankenhaus oder zur nächsten medizinischen Einrichtung, wo eine angemessene medizinische Versorgung, Behandlung oder Beurteilung möglich ist. Die Notevakuierung umfasst nicht die Suche nach einem verletzten Taucher, dessen Verbleib unbekannt ist, oder die Rettung solcher Personen aus einer gefährlichen Situation oder einem für das Personal des medizinischen Notfalldienstes unzugänglichen Ort. Die Notevakuierung darf erst beginnen, nachdem die versicherte Person an einen Ort verbracht wurde, der für das medizinische Notfallpersonal ohne Gefahr eigener Verletzungen oder Beschädigungen der von ihm verwendeten Geräte erreichbar ist.

MEDIZINISCH NOTWENDIGER TRANSFER ist der Transport in ein anderes Krankenhaus oder eine andere medizinische Einrichtung zur weiteren Pflege, Behandlung oder Beurteilung, wenn nach einer Behandlung oder Beurteilung im nächstgelegenen Krankenhaus oder in der nächstgelegenen medizinischen Einrichtung bei Nichtvorhandensein geeigneter lokaler Versorgung die medizinische Notwendigkeit diesen Transport rechtfertigt.

RÜCKFÜHRUNG IN DAS HEIMATLAND ZUR WEITEREN VERSORGUNG: Erleidet eine versicherte Person einen versicherten Tauchunfall, für den eine Notevakuierung oder eine medizinisch notwendige Überführung erforderlich ist, und wird nach der Erstversorgung ihre Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder eine andere medizinische Einrichtung zur weiteren Pflege, Behandlung oder Beurteilung als medizinisch möglich erachtet, zahlen wir die versicherten Kosten bis zur Höhe der Gesamtleistungsgrenze für den Transport in ein solches Krankenhaus bzw. eine solche medizinische Einrichtung, das/die sich entweder befindet:

1. in der Nähe der Wohnung der versicherten Person oder
2. in der Nähe des Wohnortes und/oder der Arbeitsstelle der versicherten Person zum Zeitpunkt des versicherten Tauchunfalls.

Jede Überführung zur weiteren Versorgung erfolgt nach alleinigem Ermessen des Versicherungsgebers in Absprache mit dem behandelnden Arzt der versicherten Person.

TRANSPORT bezeichnet jede Land-, Wasser- oder Luftbeförderung, die erforderlich ist, um eine versicherte Person während eines Krankentransports, Transfers, einer Evakuierung oder Rückführung in das Heimatland zu transportieren. Der Transport muss unter den gegebenen Umständen erforderlich, von lokalem, medizinischem Personal empfohlen und vom Versicherungsgeber genehmigt sein.

Der Transport kann unter anderem beinhalten: Rettungshubschrauber, Rettungswagen, private Kraftfahrzeuge, Wasserfahrzeuge, Verkehrsflugzeuge oder Züge (je nach Situation). DAN World organisiert den Transport mit dem je nach Schwere des Zustands des Patienten am besten geeigneten Verkehrsmittel. Alle Entscheidungen über die Art des Transports und das Endziel werden ausschließlich auf der Grundlage medizinischer Faktoren getroffen. Wir übernehmen keine Kosten für Dienstleistungen, die von einer anderen Partei ohne Kosten für die versicherte Person erbracht werden.

Zu den versicherten Kosten gehören die Kosten für den Transport und die angemessenen und üblichen Kosten für die medizinische Behandlung, medizinische Dienstleistungen und medizinische Versorgung unterwegs, die: (i) notwendigerweise im Zusammenhang mit dem medizinischen Nottransport der versicherten Person anfallen oder (ii) den allgemein anerkannten Standards der medizinischen Praxis entsprechen und (iii) entweder von einem Arzt angeordnet und unter seiner Obhut oder Aufsicht oder Anordnung durchgeführt werden oder durch die Standardvorschriften der Transportmethode, die zum Transport der versicherten Person verwendet wird, notwendig werden.

Alle Transportvorkehrungen, die für den Transport der versicherten Person getroffen werden, müssen auf dem direktesten und wirtschaftlichsten Weg erfolgen und müssen im Voraus von DAN World veranlasst werden, um versichert zu sein. Wir werden den Transport zum Haus der versicherten Person nicht durchführen, wenn es nähere medizinische Einrichtungen gibt, die in der Lage sind, die medizinischen Bedürfnisse der versicherten Person zu erfüllen.

Besondere Einschränkung: Falls DAN World nicht kontaktiert werden konnte, um eine Notevakuierung zu veranlassen, beschränken sich die Leistungen auf den Betrag, den die Versicherungsgesellschaft gezahlt hätte, wenn sie oder ihr Bevollmächtigter kontaktiert worden wäre.

ÜBERFÜHRUNG VON STERBLICHEN ÜBERRESTEN

Sobald uns gegenüber ordnungsgemäß nachgewiesen wurde, dass die versicherte Person gestorben ist, zahlen wir bis zur Höhe der Leistungsteilgrenze die Kosten für den Transport der Leiche und die Überführung der sterblichen Überreste zur Bestattung am Wohnsitz der versicherten Person. Zu den gedeckten Kosten gehören unter anderem die Kosten für Einbalsamierung, Feuerbestattung, notwendige Behördengenehmigungen, Särge und Transport. Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung eines Rettungshubschraubers zur Überführung von sterblichen Überresten sind ausdrücklich ausgeschlossen.

SUCHE UND RETTUNG

SUCHE UND RETTUNG

Sobald uns gegenüber ordnungsgemäß nachgewiesen wurde, dass eine versicherte Person während eines versicherten Tauchgangs verschwunden ist, und die Küstenwache, die örtliche Polizei oder andere nationale oder internationale Dienste, die für die Sicherheit auf See und/oder die Suche und Rettung zuständig sind, eine Suche durchführen, um das Leben der versicherten Person zu retten, unterstützen wir diese Suche und übernehmen die Kosten der Suche und Rettung bis zur Höhe der Leistungsteilgrenze. Die Erstattung beschränkt sich auf die Kosten von Unternehmen, die speziell für Such- und Rettungsaktionen ausgebildet und zugelassen sind. Kosten, für die eine versicherte Person nicht zur Zahlung verpflichtet ist, oder Kosten, die nur deshalb veranlasst werden, weil diese Leistung existiert, werden nicht übernommen.

LEISTUNGEN DER UNFALLVERSICHERUNG

Sobald uns gegenüber ordnungsgemäß nachgewiesen wurde, dass dem Versicherten Kosten für die Behandlung von Verletzungen aufgrund eines versicherten Tauchunfalls entstanden sind, zahlen wir die im Folgenden genannten Kosten unter Berücksichtigung der hierin enthaltenen Bedingungen und Ausschlüsse bis zur Höhe der Gesamtleistungsgrenze.

VERSICHERTE KOSTEN bezeichnet erstattungsfähige Kosten, die für medizinisch notwendige Leistungen, Sachmittel, Pflege oder die Behandlung bei einem versicherten Tauchunfall anfallen. Der Unfall muss während der Versicherungslaufzeit eintreten. Die erstattungsfähigen Kosten müssen innerhalb von dreihundertfünfundsiebzig (365) Tagen nach dem Unfall anfallen. Die Verletzung oder Erkrankung darf erst nach dem Antritt der Reise auftreten und muss sich innerhalb der Laufzeit dieser Versicherung ereignen.

Medizinische Dienstleistungen, Sachmittel, Pflege oder Behandlungen müssen von einem Arzt oder anderen medizinischen Versorger verschrieben, durchgeführt oder angeordnet werden, der vor der Durchführung der Behandlung von uns oder unserem Beauftragten zugelassen wurde. Die Kosten für solche Dienstleistungen, Sachmittel, Versorgung oder Behandlungen müssen angemessen und üblich sein. Wir übernehmen keine Kosten, die über die Gesamtleistungsgrenze hinausgehen.

Auf unser Verlangen sind Sie verpflichtet, sich auf unsere Kosten so oft wie möglich von Ärzten unserer Wahl untersuchen zu lassen.

Die versicherten Kosten beinhalten angemessene und notwendige Kosten für Folgendes:

1. Druckkammer-Behandlungskosten für bis zu drei (3) Behandlungen pro versichertem Tauchunfall. Über diese drei (3) Behandlungen hinaus muss jede Behandlung von DAN World oder deren Vertretung genehmigt werden und kann eine Untersuchung durch einen von DAN World benannten Arzt notwendig machen.
2. Arztkosten für die Behandlung in der Druckkammer, medizinische Versorgung und chirurgische Eingriffe.
3. Kosten für den Transport durch einen professionellen Land-, Luft- oder Schiffsrettungsdienst zum nächsten Krankenhaus oder zur nächsten Druckkammer, wo eine angemessene Versorgung oder Behandlung erfolgen kann. Alle Transporte mit Luft- oder Seerettungsdiensten müssen im Voraus vom Versicherungsgeber oder seinem Vertreter genehmigt werden.
4. Krankenhauskosten für:
 - a. Zimmer und Verpflegung;
 - b. allgemeine Krankenpflege, einschließlich der Behandlung in der Druckkammer;
 - c. sonstige stationäre und ambulante Dienstleistungen und Sachmittel (dies beinhaltet nicht die Kosten für professionelle Dienstleistungen, die im Krankenhaus, aber nicht von Mitarbeitern des Krankenhauses erbracht werden), und
 - d. Verlegung auf eine Intensivstation, sofern die Verlegung von einem Arzt angeordnet wird und aufgrund einer Verletzung erfolgt, die eine besondere medizinische und pflegerische Behandlung erfordert, die anderen stationären Patienten im Krankenhaus nicht allgemein gewährt wird.

Das Krankenhaustagegeld für Zimmer und Verpflegung pro Tag des Krankenhausaufenthalts ist der durchschnittliche Satz für ein semi-privates Zimmer für das Krankenhaus, in dem sich der Patient befindet. Wenn das Krankenhaus, in dem sich der Patient befindet, nur über Privatzimmer verfügt, beträgt das Krankenhaustagegeld sechzig Prozent (60 %) des Privatzimmers. Das Tagegeld für Zimmer und Verpflegung auf der Intensivstation beträgt das Zweifache des normalen Krankenhaustagegelds.

5. Kosten für die medizinische Versorgung mit Sauerstoff,

6. Sonstige erstattungsfähige Kosten, einschließlich:

- a. Ambulante chirurgische Kosten für notwendige Leistungen und Sachmittel, wenn:
 - i. die Kosten auf eine Operation zurückzuführen sind,
 - ii. Leistungen für diese Kosten zu zahlen gewesen wären, wenn die Operation in einem Krankenhaus durchgeführt worden wäre, und
 - iii. diese Operation in einem ambulanten chirurgischen Zentrum durchgeführt wird, das im Rahmen seiner Zulassung zur Durchführung solcher Operationen betrieben wird.

- b. Kosten des Chirurgen für die Durchführung von chirurgischen Eingriffen.

- c. Kosten für Anästhesie und deren Verabreichung, wenn diese nicht als Krankenhauskosten versichert sind.

- d. Kosten für Krankenpflege, Physiotherapie und Ergotherapie für:
 - i. private, pflegerische Betreuung durch eine(n) Krankenpfleger/-in,
 - ii. Behandlung durch einen zugelassenen Physiotherapeuten und
 - iii. Behandlung durch einen zugelassenen Ergotherapeuten.

- e. Radiologische und Laborkosten für Röntgenaufnahmen, radiologische Behandlung und diagnostische Labortests.

- f. Kosten medizinischer Sachmittel für:
 - i. Abgüsse, Schienen, Bruchbänder, Zahnspangen, Krücken und chirurgische Verbände;
 - ii. künstliche Augen und Gliedmaßen für den ersten Ersatz von natürlichen Augen und Gliedmaßen, die während der Versicherungslaufzeit abgetrennt wurden; und
 - iii. Vermietung von manuell betriebenen Rollstühlen und Krankenhausbetten, Sauerstoffgeräten und anderen dauerhaften medizinischen Geräten, die ausschließlich von der versicherten Person zur Behandlung der Verletzung verwendet werden. Die Versicherungsgesellschaft kann nach eigenem Ermessen den Kauf solcher Gegenstände genehmigen.

BEGRENZUNG DER VERSICHERTEN KOSTEN ZWEITE MEINUNG

Wenn DAN World nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt Fragen oder Bedenken bezüglich des empfohlenen Behandlungsplans für eine Verletzung oder Erkrankung hat oder wenn der empfohlene Behandlungsplan vom anerkannten Standard der medizinischen Versorgung für die Verletzung oder Erkrankung, unter der die versicherte Person leidet, abweicht, hat der Versicherungsgeber auf seine Kosten das Recht, eine zweite Meinung einzuholen und die versicherte Person so oft wie nötig untersuchen zu lassen, während die Behandlung anhängig ist oder läuft. Die versicherte Person ist zwar nicht verpflichtet, den aus der zweiten Meinung resultierenden Empfehlungen zu folgen, sie ist aber verpflichtet, sich der Untersuchung eines vom Versicherungsgeber benannten Arztes zu unterziehen, damit dieser eine Empfehlung für einen Behandlungsplan abgeben kann. Wenn es eine versicherte Person versäumt oder sich weigert, eine Untersuchung zur Einholung einer zweiten Meinung zuzulassen, können die nach dieser Police zu zahlenden Leistungen gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person einen Behandlungsplan wählt, der nach Ansicht des Versicherungsgebers nicht mit dem anerkannten Standard der medizinischen Versorgung für die Verletzung oder Erkrankung, die bei der versicherten Person behandelt wurde, übereinstimmt.

WEIGERUNG, EINE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG ANZUNEHMEN

Unterzieht sich eine versicherte Person, die an einer Verletzung oder Erkrankung leidet, einer ärztlichen Untersuchung und lehnt anschließend die Behandlung ab, dann können die im Rahmen dieses Plans verfügbaren Leistungen für jede weitere Behandlung derselben Verletzung oder Erkrankung je nach den vorliegenden Umständen reduziert oder verweigert werden. Eine etwaige Verschlimmerung der Erkrankung oder Verletzung durch die Verzögerung der Behandlung ist nicht versichert.

UNFALLTOD UND VERLUST VON GLIEDMASSEN

Wir übernehmen die in der folgenden Tabelle aufgeführten Leistungen, sobald uns gegenüber ordnungsgemäß nachgewiesen wurde, dass die versicherte Person einen darin genannten Verlust infolge eines versicherten Tauchunfalls erlitten hat. Der Verlust muss innerhalb von 365 Tagen nach dem versicherten Tauchunfall eintreten. Die Leistung für den Schaden ist der gegenüber dem Schaden angegebene Betrag. Wird mehr als ein Schaden durch einen versicherten Tauchunfall erlitten, so wird nur ein einziger, der größte Betrag erstattet. Die Hauptsumme ist in der Leistungsübersicht aufgeführt.

Tabelle der Verluste

Verlust von:	Zahlung:
Leben	Hauptsumme
Beiden Händen oder beiden Füßen oder Sehkraft beider Augen	Hauptsumme
Einer Hand und einem Fuß	Hauptsumme
Entweder Hand oder Fuß und Sehkraft eines Auges	50 % der Hauptsumme
Entweder Hand oder Fuß Sehkraft eines Auges	50 % der Hauptsumme

Der hier verwendete Begriff „Verlust“ bedeutet:

1. in Bezug auf Hand und Fuß die tatsächliche Abtrennung am oder über dem Handgelenk oder Sprunggelenk, und
2. in Bezug auf die Augen den vollständigen und unwiederbringlichen Verlust des Sehvermögens.

Der Verlust von Leben muss durch eine Sterbeurkunde oder einen anderen für uns akzeptablen Nachweis oder ein entsprechendes Dokument nachgewiesen werden.

ZUSÄTZLICHE TRANSPORTLEISTUNG

Sobald uns gegenüber ordnungsgemäß nachgewiesen wurde, dass die versicherte Person aufgrund einer durch einen versicherten Tauchunfall verursachten Verzögerung an der Verwendung ihres ursprünglichen Rückreisetickets gehindert wurde, übernehmen wir die zusätzlichen Transportkosten für die Rückfahrt bis zur Höhe der Leistungsteilgrenze. Die Verzögerung muss auf Anraten des behandelnden Arztes erfolgen und die versicherte Person muss uns eine Kopie des Rates des behandelnden Arztes zur Verfügung stellen. Die Leistung entspricht der Differenz zwischen einem neuen Ticket (in der gleichen Klasse wie ursprünglich gebucht) und dem Restwert des ursprünglichen Tickets.

ZUSÄTZLICHE LEISTUNG FÜR UNTERBRINGUNG

Sobald uns gegenüber ordnungsgemäß nachgewiesen wurde, dass sich die Heimkehr der versicherten Person auf schriftliche Anweisung des behandelnden Arztes infolge eines versicherten Tauchunfalls verzögerte, übernehmen wir die Kosten für die zusätzliche Unterbringung bis zur Höhe der Leistungsteilgrenze. Die Leistungen beginnen am ersten Tag nach dem ursprünglichen Datum, an dem die versicherte Person nach Hause hätte zurückkehren sollen. Die versicherte Person muss Rechnungen oder Quittungen über die tatsächlichen Ausgaben und eine Kopie des Gutachtens des behandelnden Arztes vorlegen. Zu den Zusatzunterkünften gehören auch Mahlzeiten, Nahverkehr und Nebenkosten. Die zahlbare Leistung ist in der Leistungsübersicht gegebenenfalls mit einem Tageslimit vermerkt.

LEISTUNG BEI VERLUST DER TAUCHAUSRÜSTUNG

Geht Tauchausrüstung durch einen versicherten Tauchunfall verloren oder wird sie unbeabsichtigt beschädigt, dann übernehmen wir bis zur Höhe der Leistungsteilgrenze die Kosten in Höhe des Zeitwerts der Tauchausrüstung zum Zeitpunkt des Verlustes oder der Beschädigung. Ist ein verloren gegangener oder beschädigter Gegenstand Teil eines Bausatzes, dann ist die Leistung auf den Teil beschränkt, der verloren gegangen ist oder beschädigt wurde.

Nach Wahl der Versicherungsgesellschaft kann der verlorene oder beschädigte Gegenstand anstelle einer Barzahlung repariert oder ersetzt werden. Wir können verlangen, dass die versicherte Person uns das beschädigte Gerät vor der Übernahme der Kosten übergibt. Die maximale Leistung pro versichertem Tauchunfall ist in der Leistungsübersicht aufgeführt.

AUSSCHLÜSSE BEI ALLEN LEISTUNGEN

In folgenden Fällen werden die Kosten für Verluste oder Aufwendungen im Rahmen dieser Police nicht übernommen:

1. Verletzungen oder Unfälle einer Person, die nicht die versicherte Person ist;
2. Verletzungen oder Unfälle, die durch vorsätzliche, böswillige oder kriminelle Handlungen der versicherten Person oder durch einen Verstoß der versicherten Person gegen Gesetze oder Vorschriften verursacht werden;
3. Tauchtätigkeit oder Reise gegen ärztlichen Rat nach einer Reise, deren Zweck darin besteht, eine ärztliche Behandlung zu erhalten, oder Fälle, in denen die versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem sie ihre Reise angetreten hat, auf einer Organtransplantationsliste steht und dieser Transport im Zusammenhang mit dieser Transplantation steht;
4. Verletzungen oder Unfälle, bei denen Leistungen aus Gesetzen zu einer Arbeitnehmer-Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung, Sozialversicherung oder Invaliditätsversicherung oder nach einem ähnlichen oder verwandten Bundes-, Staats- oder örtlichen Gesetz zu zahlen sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf den „Jones Act“, den „Longshore and Harbor Workers' Act“, den „Americans with Disabilities Act“ und alle Bürgerrechtsgesetze;
5. Verletzungen oder Unfälle, die von der Person, die die Verletzung oder den Unfall verursacht hat, erwartet werden oder beabsichtigt sind (dieser Ausschluss gilt jedoch nicht für Verletzungen oder Unfälle, die sich aus der Anwendung angemessener Gewalt zum Schutz von Personen ergeben);
6. Verletzungen oder Unfälle aufgrund von chronischen Erkrankungen oder Vorerkrankungen;
7. Dienstleistungen oder Sachmittel, für die Sie nicht zahlen müssen, oder Kosten, die nur verursacht werden, weil eine Versicherung besteht;
8. Verletzungen oder Unfälle, die sich aus einem erklärten oder nicht erklärten Krieg, einer Kriegshandlung oder einem Bürgerkrieg ergeben;
9. Betreuung;
10. Rezeptfreie Medikamente;
11. Krankenhausleistungen und -sachmittel, wenn die stationäre Aufnahme ausschließlich zu diagnostischen Testzwecken erfolgt;
12. Verletzungen oder Unfälle aufgrund von geistigen, nervösen, emotionalen oder psychischen Störungen;
13. Verletzungen oder Unfälle durch Selbstmord, Selbstmordversuch oder vorsätzliche, selbstverschuldete Verletzung der versicherten Person in gesundem oder geistig gestörtem Zustand;
14. Verletzungen oder Unfälle, die nach dem Konsum von Alkohol, Drogen oder Rauschmitteln auftreten, es sei denn, ein solcher Drogenkonsum wurde von einem Arzt verschrieben;

15. Medizinische Untersuchungen, Behandlungen, Verfahren oder Tests, die nicht zur Behandlung der durch den Unfall verursachten Verletzung erforderlich sind;
16. Verletzungen oder Unfälle im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, Geburt oder einem Schwangerschaftsabbruch, unabhängig davon, ob die Verletzung oder der Unfall ganz oder teilweise einer Tauchaktivität zugeschrieben wird;
17. Verletzungen oder Unfälle durch die Teilnahme am Profisport oder an organisierten Amateur- und schulübergreifenden Sportwettkämpfen, es sei denn, eine solche Teilnahme wird von DAN World vorher genehmigt;
18. Verletzungen oder Unfälle, die sich während der Fahrt oder des Fahrens in einem motorisierten Fahrzeug oder motorisierten Wasserfahrzeug ereignen;
19. Verletzungen oder Unfälle durch Bergsteigen, Bungee-Springen, Skifahren, Skydiving, Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Parasailing und alle Reisen mit luftunterstützten Geräten; ausgenommen sind Flüge mit Linien- oder Charterfluggesellschaften, es sei denn, eine solche Aktivität wird im Voraus vom Versicherungsgeber genehmigt;
20. Verletzungen oder Unfälle im Zusammenhang mit einer Kernreaktion, Strahlung, radioaktiver Kontamination oder einer Pandemie, Epidemie oder Exposition gegenüber einer ansteckenden Infektionskrankheit;
21. Verletzungen oder Unfälle, die sich aus vorsätzlicher, böswilliger oder krimineller Handlung oder dem Verstoß gegen geltende Gesetz und Vorschriften durch Sie, die versicherte Person ergeben;
22. Routinemäßige Augen- oder Höruntersuchungen, Augenrefraktionen, Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte oder jede Art von externen Geräten zur Verbesserung der Seh- oder Hörschärfe und deren Anpassung;
23. Freiwillige Behandlungen oder Verfahren oder medizinische Untersuchungen, Behandlungen, Verfahren oder Tests, die für die Behandlung der Verletzung nicht erforderlich sind;
24. Kosmetische oder rekonstruierende Maßnahmen sowie alle damit zusammenhängenden Dienstleistungen oder Sachmittel, die das Aussehen verändern, aber keine beeinträchtigten Körperfunktionen wiederherstellen oder verbessern;
25. Verletzungen oder Unfälle durch den tatsächlichen oder drohenden Missbrauch oder Belästigung oder unzüchtiges, unmoralisches oder sexuelles Verhalten, unabhängig davon, ob zur sexuellen Handlung einer Person führend oder nicht, und unabhängig davon, ob durch oder auf Veranlassung oder Unterlassung von Ihnen, Ihren Mitarbeitern oder einer anderen Person verursacht; oder
26. Verletzungen oder Unfälle durch die tatsächliche oder angebliche Infizierung mit einer übertragbaren Krankheit.
27. Betreuung, Behandlung, Dienstleistungen oder Sachmittel, die
 - i nicht durch einen Arzt verschrieben wurden, oder
 - ii. medizinisch nicht notwendig sind, oder
 - iii. experimentell oder hauptsächlich zu medizinischen oder anderen Forschungszwecken gedacht sind, oder
 - iv. von einer Krankenpflegerin oder einem Krankenpfleger erbracht werden, obwohl die Dienstleistung die Fähigkeiten einer Krankenpflegerin oder eines Krankenpflegers nicht erfordert, oder
 - v. durch ein Familienmitglied der versicherten Person bestellt wurden, oder
 - vi. von Ihnen erhalten wurden, nachdem Sie in Ihr Heimatland zurückgekehrt sind.

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

KUNDENSERVICE

Den Kundenservice von DAN World erreichen Sie unter:

DAN World, Ltd.
c/o S.H. Corporations, P.O. Box 1990 GT
2nd Floor, First Caribbean House
George Town, Grand Cayman KY1-1104, Cayman Islands
Telefon: +1 919 226 3838
E-Mail: Global.Support@World.DAN.org

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG UND AUTOPSIE

Die Versicherungsgesellschaft hat auf eigene Kosten das Recht und die Möglichkeit, den Körper einer Person, deren Verlust/Tod die Grundlage für eine Forderung aus der Police ist, wann immer und so oft sie es während der Dauer des Anspruchs vernünftigerweise erfordern kann, zu untersuchen und im Todesfall eine Autopsie durchzuführen, sofern es nicht gesetzlich verboten ist. Wir übernehmen die Kosten für die medizinische Untersuchung. Alle anderen Kosten, einschließlich des Transports in die Praxis des Arztes, der für die Untersuchung ausgewählt wurde, gehen zu Ihren Lasten.

KLAGEN/ANWENDBARES RECHT

Vor Ablauf von 60 Tagen nach dem schriftlichen Nachweis des Verlustes/Todes gemäß den Bedingungen der Police kann keine Klage auf Erstattungen aus dieser Police nach Gesetz oder Billigkeit erhoben werden. Eine solche Klage kann nach Ablauf von drei Jahren nach der Frist, während der ein schriftlicher Verlustnachweis zu erbringen ist, nicht mehr erhoben werden. Diese Police und alle Angelegenheiten, die sich im Zusammenhang mit dieser Police ergeben, unterliegen dem Recht der Cayman-Inseln, ungeachtet etwaiger Rechtsgrundsätze, die zur Anwendung des Rechts einer anderen Gerichtsbarkeit führen könnten.

MEHRERE VERSICHERUNGSSCHEINE

Eine Person kann nicht unter mehr als einem Versicherungsschein, der im Rahmen von Gruppenverträgen, die von der Versicherungsgesellschaft an DAN World, TEMS und/oder deren verbundene Unternehmen ausgestellt werden, einen gleichartigen Versicherungsschutz bietet, versichert sein. Wenn für mehr als einen solchen Versicherungsschein ein Beitrag gezahlt wird, ist für die Versicherung jeweils nur ein Versicherungsschein maßgeblich. Der Beitrag für nicht gültige Versicherungsscheine wird zurückerstattet.

ABTRETUNG

Die Police kann nicht abgetreten werden. Eine versicherte Person darf keine ihrer Rechte, Privilegien oder Leistungen aus der Police abtreten.

ÜBERTRAGUNG DES RÜCKFORDERUNGSRECHTS

Wenn Sie das Recht haben, Zahlungen, die wir im Rahmen dieser Police geleistet haben, ganz oder teilweise von Dritten einzuziehen, gelten diese Rechte als automatisch an uns übertragen. Dies schließt alle Ansprüche, Klagegründe oder Rechte ein, die die versicherte Person hat oder die sich gegen einen Dritten richten, der die Verletzung oder den Zustand, für den die versicherte Person Leistungen aus dieser Police in Anspruch nimmt, verursacht, dazu beigetragen oder verschlimmert hat. Nach einem Unfall dürfen Sie nichts tun, um diese Rechte zu beeinträchtigen. Auf unser Verlangen werden Sie eine Zivilklage einreichen oder die Rechte hierzu auf uns übertragen und uns helfen, sie durchzusetzen.

Wir übernehmen ohne schriftliche Zustimmung einer versicherten Person weder Gebühren oder Kosten im Zusammenhang mit der Verfolgung einer Forderung, einer Klage oder eines Anspruchs durch oder im Namen einer versicherten Person oder einer anderen Person gegen einen Dritten oder eine Versicherung noch die Haftung hierfür.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNGEN

Die Versicherungsgesellschaft gewährt keine Deckung, wenn die versicherte Person wesentliche Tatsachen oder Umstände im Zusammenhang mit der Police oder einem Schaden absichtlich verschwiegen oder falsch dargestellt hat. Alle Erklärungen im Antrag und alle Forderungen aus dieser Police sind als eidesstattliche Erklärung einzureichen. Jede Falschdarstellung oder Falschaussage, die auf dem Antragsformular oder bei der Schadensmeldung gemacht wird, gilt als Betrug und wird nach den Gesetzen über strafrechtlichen Betrug verfolgt.

PFLICHTEN IM FALLE EINER VERLETZUNG

Wenn Sie erkranken oder sich verletzen, müssen Sie sich sofort an die nächstgelegene notfallmedizinische Einrichtung wenden. Im Falle eines Unfalls oder einer Verletzung, der/die unter diese Police fällt, müssen Sie sich unverzüglich an DAN World wenden, um sich den Versicherungsschutz bestätigen zu lassen und eine Zahlungsgarantie für alle zu erbringenden medizinischen Leistungen zu erhalten. Falls Umstände vorliegen, die Sie daran hindern, DAN World zu kontaktieren, müssen Sie DAN World so schnell wie möglich informieren. Die Meldung sollte enthalten:

1. Ihren Namen,
2. Wie, wann und wo der Unfall eintrat,
3. Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse von Personen, die am Unfall beteiligt waren oder ihn bezeugen können, und
4. Art und Stelle jeder Verletzung, die durch den Unfall hervorgerufen wurde.

Die gemäß diesem Abschnitt erforderliche schriftliche Meldung und Einreichung anderer Unterlagen ist an die nachstehend bezeichnete Partei zu richten. Sie müssen im Verlustfall die von uns geforderten, angemessenen Nachweise vorlegen und mit uns bei der Untersuchung aller Verletzungen zusammenarbeiten, die sich aus einem Unfall ergeben haben.

BESTIMMUNGEN ZUR SCHADENSMELDUNG

SCHADENSMELDUNG

Die Versicherungsgesellschaft ist innerhalb von zehn (10) Tagen nach Eintritt eines versicherten Schadens schriftlich über den Schaden zu informieren. Kann die Meldung nicht innerhalb dieser Frist erfolgen, so muss sie so schnell wie möglich erfolgen. Eine Meldung kann an die Versicherungsgesellschaft oder ihren bevollmächtigten Vertreter erfolgen. Um einen Antrag einzureichen, Antragsformulare zu erhalten oder zusätzliche Informationen über die Vorgehensweise bei der Schadensmeldung anzufordern, rufen Sie uns bitte an, schreiben Sie uns oder senden Sie uns eine E-Mail:

DAN WORLD SCHADENSMELDUNGEN

c/o DAN Services, Inc.
6 West Colony Place, Durham, NC 27705 USA
Telefon: +1 919 226 3858
E-Mail: Claims@World.DAN.org

VERLUSTNACHWEIS

Der schriftliche Nachweis des Verlustes ist der Versicherungsgesellschaft innerhalb von einhundertachtzig (180) Tagen nach dem Datum des Auftretens des Verlustes zu übermitteln. Die Versicherungsgesellschaft wird einen Anspruch nicht mindern oder ablehnen, wenn es aus plausiblen Gründen nicht möglich war, innerhalb der gesetzten Frist einen schriftlichen Nachweis des Verlusts zu erbringen. In jedem Fall muss die versicherte Person der Versicherungsgesellschaft Folgendes vorlegen:

Schriftlicher Schadensnachweis innerhalb von zwölf (12) Monaten nach dem Datum, an dem der Schaden eintrat, es sei denn, die versicherte Person ist geschäftsunfähig.

ZAHLUNGEN IM SCHADENSFALL

Leistungen bei Verlust des Lebens werden gemäß Bezeichnung des Begünstigten oder, falls nicht vorhanden, an den Nachlass der versicherten Person gezahlt. Alle anderen Leistungen werden, sofern nicht anders angegeben, direkt an die versicherte Person ausgezahlt. Alle aufgelaufenen Leistungen, die beim Tod der versicherten Person nicht gezahlt wurden, werden an den Begünstigten der versicherten Person oder, falls nicht vorhanden, an den Nachlass der versicherten Person gezahlt.

ZAHLUNG AN MINDERJÄHRIGE ODER GESCHÄFTSUNFÄHIGE PERSONEN

Wenn ein Zahlungsempfänger minderjährig oder geschäftsunfähig und nicht befugt ist, eine gültige Freigabe für die Zahlung zu erteilen, wird die Zahlung an den gesetzlichen Vormund des Zahlungsempfängers geleistet. Wenn der Zahlungsempfänger keinen gesetzlichen Vormund hat, kann nach Wahl der Versicherungsgesellschaft eine Zahlung von höchstens 3.000 US-Dollar an einen Bluts- oder durch Heirat Verwandten des Zahlungsempfängers erfolgen, der nach Ansicht der Versicherungsgesellschaft das Sorgerecht und die Unterstützung des Minderjährigen oder die Verantwortung für die Angelegenheiten der geschäftsunfähigen Person übernommen hat.

ZEITPUNKT DER ZAHLUNG IM SCHADENSFALL

Leistungen, die im Rahmen der Police für andere Schäden als die, für die die Police eine regelmäßige Zahlung vorsieht, zu zahlen sind, werden innerhalb einer angemessenen Frist nach Erhalt eines ordnungsgemäßen schriftlichen Nachweises, der ausreicht, um den jeweiligen Schaden nachzuweisen, erbracht. Unter der Voraussetzung eines ordnungsgemäßen, schriftlichen Schadensnachweises werden alle Leistungen, die für einen Schaden anfallen und für die diese Police eine regelmäßige Zahlung vorsieht, monatlich ausgezahlt.

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG UND AUTOPSIE

Die Versicherungsgesellschaft hat auf ihre Kosten das Recht, die versicherte Person während der Anhängigkeit einer Schadensmeldung so oft wie nötig untersuchen zu lassen. Die Versicherungsgesellschaft kann auf ihre Kosten eine Autopsie verlangen, es sei denn, das Gesetz oder die Religion der versicherten Person verbietet dies.

KLAGEN

Eine Klage auf Rückforderung aus der Police kann erst neunzig (90) Tage nach dem schriftlichen Nachweis des Schadens erhoben werden. Nach drei (3) Jahren ab dem Zeitpunkt, zu dem ein schriftlicher Nachweis des Schadens erforderlich war, kann keine Klage mehr erhoben werden. Ist eine Frist der Police kürzer als nach den Gesetzen des Hoheitsgebiets, in dem die versicherte Person lebt, zulässig, so wird die Frist verlängert, um die nach diesen Gesetzen zulässige Höchstfrist einzuhalten.

ENDE DES VERSICHERUNGSSCHEINS