



TRAVEL MEDICAL INSURANCE POLICY

IMPORTANT NOTICE

Take the time to read Your policy and know Your coverage. Your coverage is subject to certain limitations, conditions and exclusions. Pay special attention to capitalized words. They have a specific meaning which is explained in the Definitions section of this policy on page 9.

This policy is secondary to all other sources of coverage (page 9). Any benefits payable under this policy are in excess of any other coverage you may have with any government health insurance plan, other insurance company or any other source of recovery.

Benefit amounts described in the Policy are for a 365-day period except for the Psychiatric Hospitalization benefit (A6) and the Psychiatrist Fees benefit (A7) which have a lifetime maximum. Regardless of the number of policies You purchase in a 365-day period, benefit amounts do not renew until 365-days have elapsed from the Effective Date of the original policy purchased and on the anniversary date every year thereafter.

A Pre-Existing Condition exclusion applies to Medical Conditions that existed prior to Your Coverage Period (page 1). Be sure to check the Pre-Existing Condition exclusion (page 6) to see if it applies to You. In the event of a Sickness, prior medical history will be reviewed when a claim is reported.

You are required to notify the Administrator prior to Treatment as described on page 11. Benefits are limited if You do not contact the Administrator within the specified time period.

RIGHT TO EXAMINE

You may cancel this policy within 10 days of purchase for a full refund provided You have not departed from Your Home Country and there is no claim in process. For refunds beyond 10 days, please see Refund of Premium on page 8.

ELIGIBILITY REQUIREMENTS

In order to be eligible for coverage You must:

- be under 20 years of age; and
- be travelling outside Your Home Country; and
- be a student in a non-post secondary educational institution; and
- have applied for and will become eligible for a Canadian provincial government health insurance plan (GHIP) after residing in Canada, or have applied for an extension of a study permit within 30 days of the permits expiry; and
- not have had coverage terminated by an insurer under any other policy; and
- not have a Medical Condition for which a Physician has advised against travel; and
- not have been diagnosed with a terminal sickness prior to coming to Canada.

If You do not meet the eligibility requirements listed above, Your insurance is void and the Company's liability is limited to a refund of the premium paid.

COVERAGE PERIOD

Effective Date – When Coverage Begins

Coverage under this policy begins on the later of:

- a. the date and time the required premium is paid; or
 - b. the date You request as the start date on Your application; or
 - c. the date You leave Your Home Country;
- The minimum coverage period is 300 days.

When Coverage Ends

Your coverage ends on the later of:

- a. the Termination Date as shown on Your application; or
 - b. the Termination Date of any policy extensions; or
 - c. the date You return to Your Home Country, unless coverage is allowed based on the specific terms for Coverage for Excursions Outside Canada; or
 - d. the 31st day after notification of the refusal of a study permit.
- Coverage cannot be extended beyond 365 days.

Coverage for Excursions Outside Canada

This policy provides coverage for expenses You incur in Canada. The Emergency Medical Benefits section of this policy is extended to include the Emergency medical expenses You incur during any excursions outside of Canada during Your Coverage Period provided:

- a. the excursion begins in Canada; and
- b. more than 50% of Your Coverage Period is spent in Canada; and
- c. the maximum duration of any excursion to the United States is 30 days.

There is no coverage for expenses incurred in Your Home Country unless the trip to the Home Country is expressly undertaken to participate in a school-organized sporting or extra curricular event.

SCHEDULE OF MAXIMUM BENEFITS

BENEFIT SECTIONS		BENEFIT AMOUNT
A.	EMERGENCY MEDICAL BENEFITS	
1.	Hospital Services	Included
2.	Physician Fees	Included
3.	Laboratory & Diagnostic Testing	Included
4.	Private Duty Nursing	\$20,000
5.	Prescription Medication	60-day supply
6.	Psychiatric Hospitalization	\$60,000 Lifetime Maximum
7.	Psychiatrist Fees	\$60,000 Lifetime Maximum
8.	Ground Ambulance Transportation	Included*
9.	Air Transportation	\$300,000
10.	Pregnancy	\$25,000
11.	Medical Equipment & Supplies	Included*
12.	Family Transportation and Subsistence Allowance	\$6,500
13.	Repatriation of Remains	\$20,000
14.	Burial at Host Country	\$20,000
15.	Dental Injury	\$4,000*
16.	Emergency Dental Care	\$1,000
B.	NON-EMERGENCY MEDICAL BENEFITS	
1.	Paramedical	\$1,000
2.	Psychotherapy	\$10,000
3.	Immunizations	\$150
4.	Annual Physician Visit	\$150
5.	Annual Eye Exam	\$100
6.	Wart Treatment	\$750
7.	Diabetic or Asthma Supplies	\$500
8.	Non-Emergent Care	\$5,000
9.	Medical Consultations	\$200
10.	Social Worker	\$500
11.	STD-STI Testing	\$100
12.	Substance Abuse Counselling	\$200/session & 3 Sessions
13.	Private Tutor	\$2,000
14.	AccessAbility	\$2,500
C.	ACCIDENTAL DEATH & DISMEMBERMENT BENEFITS	
1.	Personal Accident	\$50,000
2.	Common Carrier Accident	\$100,000
3.	Trauma Counselling	10 Sessions

The overall limit of this policy is \$5,000,000

* - additional sublimits apply

All benefits reset every 365 days except for Psychiatric Hospitalization (A6) and Psychiatrist Fees (A7) which are lifetime limits.

A. EMERGENCY MEDICAL BENEFITS

When It Applies

If You experience a medical Emergency during Your Coverage Period.

What We Cover and What We Pay

You are covered for the Reasonable and Customary charges not otherwise covered by any Canadian federal or provincial government health insurance plan (GHIP) or similar coverage to treat an Emergency Sickness or Injury up to the benefit amount shown in the Schedule of Maximum Benefits subject to the overall policy limit of \$5,000,000 for the eligible Emergency medical expenses listed below. Certain sections have a specified benefit limit as described.

- Hospital services:** charges for Treatment provided on an Emergency inpatient or outpatient basis as follows:
 - Hospital room and board charges up to the semi-private room rate (private room where medically required); and
 - drugs administered while confined to a Hospital; and
 - any other services or supplies;
 - Any surgical procedure requires prior approval from the Administrator.
- Physician fees:** charges made by a Physician for professional services or Treatment including all Medically Necessary follow up care until the initial Emergency has resolved and the condition has stabilized.
- Laboratory & diagnostic testing:** charges for technical and interpretive services.
 - Any major diagnostic procedure requires prior written approval from the Administrator including but not limited to computerized axial tomography (CAT scan), magnetic resonance imaging (MRI), cardiac catheterizations, scopes, etc.
- Private duty nursing:** when ordered by the attending Physician, charges made by a registered nurse, registered nurse assistant or home care worker up to a maximum of \$20,000. Services performed by You, a Family Member (even if a registered nurse, registered nurse assistant or home care worker) or someone who normally resides with You are not covered.
- Prescription medication:** when prescribed by a Physician and dispensed by a licensed pharmacist to Treat any Emergency Medical Condition or Injury. Medication is limited to a 60-day supply of any one type unless prescribed while a Hospital inpatient.
- Psychiatric hospitalization:** if You are admitted to Hospital for suicide, attempted suicide, self-inflicted injuries, mental or emotional disorders (including but not limited to stress, anxiety, panic attacks, depression, eating disorders/weight problems), or psychiatric Treatment, We will pay up to a Lifetime Maximum aggregate limit of \$60,000 for medical and/or psychiatric Treatment received while You are in Hospital resulting from one or more of these causes.
- Psychiatrist fees:** charges separately billed by a Psychiatrist for inpatient services up to a Lifetime Maximum of \$60,000.
- Ground ambulance transportation:** charges for transportation by licensed ambulance service to the nearest Hospital, including transfers between Hospitals when ordered by the attending Physician. If a local taxi/commercial car service is required to get You to and from a Hospital, medical clinic or pharmacy for eligible Treatment We will reimburse You up to a maximum of \$200.
- Air transportation:** charges in response to an Emergency Sickness or Injury to transport You to the nearest or most appropriate Hospital up to a maximum of \$300,000 as follows:
 - the extra cost of a one-way fare on a commercial airline; or
 - the cost to accommodate a stretcher to transport You on a commercial airline if a stretcher is Medically Necessary plus the cost of a round-trip fare, reasonable meal and overnight accommodation expenses and professional fees for the services of a qualified medical attendant (other than a Family Member) to accompany You, when an attendant is Medically Necessary or required by the airline; or
 - the cost for air ambulance transportation when Medically Necessary.
 - Land ambulance costs at each end of the flight or connecting flights are included if Medically Necessary.
 - The attending Physician must certify that You are medically fit for the type of transfer selected.
 - This benefit requires prior approval from the Administrator.
- Pregnancy** – charges for pre-natal, childbirth and newborn care (up to 15 days) are covered to a combined maximum of \$25,000.
 - Pregnancy must commence after the Effective Date of this Policy.
 - This Policy must be in effect for the entire term of the pregnancy.
 - This benefit is limited to a maximum of 1 pregnancy per year.

- Medical equipment and supplies:** if required as a result of a covered Sickness or Injury, charges for medical supplies such as dressings and prosthetic appliances and including rental charges for wheelchairs, crutches, Hospital type beds or other appliances not to exceed the purchase price. The following limits apply:
 - Prescription glasses or contact lenses - \$500;
 - Hearing aids - \$500;
 - Custom orthotics - \$500;
 - Custom leg or knee braces - \$1,000.
- Family transportation and subsistence allowance:** if You are Hospitalized outside Your Home Country and Your Hospitalization is expected to last a minimum of 7 days and You have no Family Members within 500 kilometers of Your location or in the event of Your death, We will pay up to \$5,000 in total towards the cost of round-trip transportation based on the lowest available fare for the most direct route for two persons nominated by You to travel to Your bedside. We will also pay up to \$1,500 for commercial accommodation and meals for a maximum period of 10 days for these two persons.
 - The attending Physician must certify that the situation warrants the bedside visit.
- Repatriation of remains:** if You die, We will pay the Reasonable and Customary costs for the preparation and return of Your remains or ashes back to Your Home Country in a standard shipping container, up to a maximum of \$20,000.
If You select this benefit, You cannot select benefit A14 – Burial at host country.
 - Expenses incurred in the Home Country are not covered.
 - Expenses related to special traditional funeral rituals or ceremonies are not covered.
 - This benefit requires prior written approval from the Administrator.
 - The Exclusions on page 6 do not apply to this benefit.
- Burial at host country:** if You die, We will pay the costs for the cremation or burial of Your remains at the location where death occurs, including a cemetery plot and casket, up to a maximum of \$20,000.
If You select this benefit, You cannot select benefit A13 – Repatriation of remains.
 - Expenses related to special traditional funeral rituals or ceremonies are not covered.
 - Expenses related to headstones are not covered.
 - This benefit requires prior written approval from the Administrator.
 - The Exclusions on page 6 do not apply to this benefit.
- Dental Injury:** charges made by a licensed Dentist or dental surgeon for Emergency Treatment to repair or replace previously sound natural or permanently attached artificial teeth as the result of an Injury caused by an Accidental blow to the head or mouth up to a maximum of \$4,000. Charges to repair bridges and denture plates are limited to \$500.
 - All Treatment must take place within 90 days of the Accident.
 - Expenses incurred as a result of chewing Accidents or Injuries due to placing an object to or in the mouth are not covered.
 - This benefit requires prior written approval from the Administrator.
- Emergency dental care:** charges made by a licensed Dentist or dental surgeon for Emergency Treatment for the immediate relief of pain and suffering, including root canals up to a maximum of \$1,000. Charges related to wisdom teeth extractions are limited to \$100 per tooth.

Limitation for Emergency Medical Benefits

With respect to the Emergency coverages above, We reserve the right to request Your return to Your Home Country before any Treatment or following Emergency Treatment for Sickness or Injury, if the medical evidence obtained from Our medical advisor and Your local attending Physician confirms You are able to return without endangering Your life or health. If You elect not to return to Your Home Country following Our recommendation to do so, We will not pay for any further expenses related directly or indirectly to the condition for which You are being Treated.

B. NON-EMERGENCY BENEFITS

When It Applies

If You incur non-emergent medical expenses during Your Coverage Period.

What We Cover and What We Pay

You are covered for the Reasonable and Customary charges not otherwise covered by any Canadian federal or provincial government health insurance plan (GHIP) or similar coverage up to the benefit amount shown in the Schedule of Maximum Benefits for the eligible expenses listed below:

- Paramedical fees:** charges made by a chiropractor, osteopath, naturopath, acupuncturist, chiropodist, podiatrist, physiotherapist, speech therapist, massage therapist, occupational therapist up to a maximum of \$1,000 per provider. The paramedical provider must be licensed to practice in the place where services are performed. Services performed by You, a Family Member or someone who normally resides with You are not covered.
- Psychotherapy:** charges for outpatient mental health care including psychiatric and psychological counselling by a licensed practitioner up to a maximum of \$10,000.

3. **Immunizations:** if required by Your course of studies, charges for immunizations, including tuberculosis (TB) testing, are covered to a maximum of \$150.
4. **Annual physician visit:** charges for one visit to a Physician in Canada for a non-emergency exam and associated tests are covered to a maximum of \$150.
5. **Annual eye exam:** charges for one eye exam performed in Canada by a licenced optometrist are covered to a maximum of \$100. Note: the cost of glasses or contact lenses is NOT covered.
6. **Wart treatment:** charges for Treatment of any type of warts up to a maximum of \$750.
7. **Diabetic or asthma supplies:** charges for
 - a. Diabetic supplies including syringes, test strips and insulin are covered to a maximum of \$500; or
 - b. Asthma supplies required for the treatment of asthma are covered to a maximum of \$500.
8. **Non-Emergent Care:** charges for on-going maintenance therapy of an existing or chronic medical condition to a maximum of \$5,000.
 - This benefit is not applicable to any surgeries or medical procedures.
 - This benefit only applies to medical conditions not otherwise covered elsewhere in this policy.
9. **Medical consultations:** charges for consultations with a licensed Physician or other appropriate licensed practitioner related to birth control medication, the "morning after pill", attention deficit hyperactive disorder (ADHD) or acne care up to a maximum of \$200 for the initial consultation related to each of these conditions.
 - This benefit does not include the cost of any medication regardless of whether a prescription is required.
10. **Social worker:** charges for outpatient consultations with a licensed social worker up to a maximum of \$500. Services performed by You, a Family Member or someone who normally resides with You are not covered.
11. **STD-STI testing:** charges for elective consultation, screening or testing for sexually transmitted diseases or sexually transmitted infections performed in Canada are covered to a maximum of \$100.
12. **Substance abuse counselling:** charges up to \$200 per session for up to 3 counselling sessions related to alcohol or drug dependency provided by a qualified licensed practitioner. This benefit does not include admission into any treatment program beyond the 3 counselling sessions. Services performed by You, a Family Member or someone who normally resides with You are not covered.
13. **Private tutor:** If You are confined to a Hospital, rehabilitation facility or Your home within 100 days of, and as a result of, a covered Sickness or Injury, and the confinement continues for at least 30 consecutive school days, We will pay, from the first day of confinement, the actual expenses incurred for the private tutorial service of a qualified teacher to a maximum of \$20 per hour and \$2,000 in total.
14. **AccessAbility – Corrective Device defect, malfunction and theft protection:** If a Corrective Device required by You is stolen and not recovered, or suffers a malfunction or defect which becomes apparent while You are covered under this policy and which renders Your required Corrective Device unusable, We will pay up to a maximum of \$2,500 to replace or repair Your Corrective Device. We do not pay for defects or malfunctions which are covered by the manufacturer's warranty.
 - This benefit requires prior written approval from the Administrator.

"Loss of Member" means severance of hand or foot at or above the wrist or ankle joint respectively or complete irreversible paralysis.
 "Loss of Sight" must be complete and irrecoverable.

EXPOSURE AND DISAPPEARANCE - If You are not found within a year after:

- a. the disappearance, sinking or wrecking of Your means of travel; or
- b. the building which You are in gets destroyed;

then We will assume that You died from an Injury due to an Accident and the loss of life benefit will apply.

If You are exposed to the elements due to an Accident and You become Injured due to that exposure, this benefit will apply.

If more than one loss results from any one Accident, We will only pay the one largest benefit as listed above. No benefit is payable for a loss which is not shown above.

2. **Common carrier:** If You die as a result of an Injury caused while riding as a fare paying passenger on:
 - a. any form of public transportation; or
 - b. on a scheduled flight on an airplane or helicopter
 The loss of life benefit will be \$100,000.

With respect to benefits 1 and 2 in this section, the Company's maximum liability under any GuardMe policy with respect to any one incident is limited to \$1,250,000 in the aggregate, which will be shared proportionately among all claimants entitled to claim.

3. **Trauma counselling:** If You suffer a covered loss listed in the Schedule of Losses (other than loss of life) within 90 days from the date of an Accident which occurred during the Coverage Period, We will pay up to 10 sessions of trauma counselling.

EXCLUSIONS

We will not pay for any expenses, resulting directly or indirectly from:

1. a Pre-Existing Condition that was not Stable in the 90 days immediately before Your Effective Date. This exclusion does not apply to the Non-Emergency Benefits (Section B);
2. any Sickness, Injury or Medical Condition that in Our opinion would have caused You to seek medical advice, diagnosis, care or Treatment in the 90 days immediately before Your Effective Date. This exclusion does not apply to the Non-Emergent Care benefit.
3. any Treatment given to maintain the stability of a chronic Sickness or condition (except as specifically provided under the Non-Emergent Care benefit or any other benefit of this policy);
4. visits for the refill of Medication (except as specifically provided under any benefit of this policy);
5. tests or examinations forming part of a normal regime (except as specifically provided under any benefit of this policy);
6. any rehabilitation expenses. This exclusion does not apply to the Non-Emergent Care benefit;
7. Treatment for congenital or genetic disorders or conditions. This exclusion does not apply to the Non-Emergent Care benefit;
8. elective Treatment, or Treatment not required for the immediate relief of pain and suffering, or that could reasonably be postponed until You return to Your Home Country. This exclusion does not apply to Section B Non-Emergency Benefits.
9. an Injury or Sickness for which We have requested that You return to Your Home Country for Treatment under this policy or any previous policy;
10. medication not needed for Emergency Treatment including but not limited to:
 - a. 'over-the-counter' medications (such as acetaminophen or cold/allergy remedies); or
 - b. fertility drugs; or
 - c. contraceptives; or
 - d. erectile dysfunction drugs; or
 - e. anti-baldness drugs; or
 - f. smoking cessation drugs; or
 - g. vaccinations or immunizations (except as specifically provided under the Immunizations benefit); or
 - h. vitamin preparations, supplements or injections; or
 - i. Medication received on a preventive or maintenance basis;
11. plastic or cosmetic surgery except:
 - a. as a result of a covered Injury; or
 - b. as a result of a substitution or extraction of, or repairs to an existing prosthesis; or
 - c. as provided under the AccessAbility benefit;

C. ACCIDENTAL DEATH & DISMEMBERMENT BENEFITS

When It Applies

If You die or sustain an Injury during Your Coverage Period.

What We Cover and What We Pay

1. **Personal accident:** If within 90 days of an Accident You die or become permanently disabled as a result of that Accident, We will pay the benefit listed in the *Schedule of Losses* below.

Schedule of Losses

Loss of Life.....	\$50,000
Loss of Two or more Members.....	\$50,000
Loss of Sight of both Eyes.....	\$50,000
Loss of One Member and Sight of one Eye	\$50,000
Loss of One Member.....	\$25,000
Loss of Sight of One Eye.....	\$25,000

12. any expenses incurred:
 - a. outside the Coverage Period; or
 - b. while You are in Your Home Country (except as described in Coverage for Excursions Outside Canada on page 2); or
 - c. relating to any Injury that occurred or was Treated, or Sickness that started or was diagnosed or Treated in Your Home Country during the Coverage Period;
13. suicide, attempted suicide, self-inflicted injuries, mental or emotional disorders (including but not limited to stress, anxiety, panic attacks, depression, eating disorders/weight problems), or psychiatric Treatment. This exclusion does not apply to the Psychiatric Hospitalization, Psychiatrist Fees and Psychotherapy benefits;
14. Your actions while they are impaired or adversely influenced by Medication, drugs, alcohol or intoxicants; any medical claims related to the use of drugs or alcohol. This exclusion does not apply to the Psychiatric Hospitalization, Psychiatrist Fees, Psychotherapy or Substance Abuse Counselling benefits. This exclusion does not apply to the first \$25,000 of any claim;
15. Your operation of any transportation for hire;
16. transplants of any kind;
17. participation in professional sports;
18. participation in any motorized contests of speed;
19. operating any type of aircraft or travelling as a passenger on any non-commercial flight;
20. operating any form of motorized transport on land or water without a licence valid for the area where operating;
21. Injury, Sickness or death caused while You are:
 - a. training or serving in any capacity as a member of any armed forces; or
 - b. actively participating in any conflict of war; or
 - c. participating in criminal activity.
 This exclusion does not apply if You sustain an Injury within 48 hours of the commencement of war like actions in which You were not an active participant;
22. any prepayment, deposit, interest, finance, late payment charge or administration fee;
23. Injury or Sickness relating to a travel advisory issued by either the Government of Canada or Your Home Country government prior to any excursion departure date that were or continue to be in effect for any country, region or city of destination on your excursion. This exclusion is only applicable to excursions outside of Canada;
24. travelling contrary to the medical advice of a Physician or for the purpose of obtaining Treatment;
25. any:
 - a. medical exams or testing for immigration, work or travel purposes; or
 - b. medical clearance; or
 - c. completion of forms or documents;
26. Your failure to accept or follow a Physician's advice, Treatment or recommended Treatment.

Exclusions 1 to 26 do not apply to the Repatriation of Remains Benefit (A13) or the Burial at Host Country Benefit (A14).

GENERAL CONDITIONS

Assignment of benefits: Where the Company has paid expenses or benefits to You or on Your behalf under this policy, the Company has the right to recover, at its own expense, any benefits available to You from any applicable source or any insurance policy. This policy also allows the Company to receive, endorse and negotiate eligible payments from those parties on Your behalf.

Autopsy: In the event of Your death, the Company may request an examination or autopsy subject to any applicable laws relating to autopsies.

Benefit amounts: Benefit amounts described in the Policy are for a 365 day period except for the Psychiatric Hospitalization benefit (A6) and the Psychiatrist Fees benefit (A7) which have a lifetime maximum. Regardless of the number of policies You purchase in a 365 day period, benefit amounts do not renew until 365 days have elapsed from the Effective Date of the original policy purchased and on the anniversary date every year thereafter.

Concealment and misrepresentation: The entire coverage will be void, if before, during or after a loss, any material fact or circumstance relating to this policy has been concealed or misrepresented.

Contract changes: This policy is a legal contract between You and Us. It, including any endorsements and attached papers are the entire contract. No change in this policy is valid unless approved in writing by one of Our officers. No agent has the right to change this policy or to waive any of its provisions.

Co-ordination of benefits: Any payment made under this policy will be co-ordinated with any other plan providing secondary coverage such that the total benefits payable under all policies or plans does not exceed 100% of the eligible expenses incurred.

Currency: All premium and benefits under this policy are payable in Canadian currency based on the exchange rate on the date the expense was paid and quoted by a financial institution selected by the Administrator. At Our option, We may pay a claim for benefits in the currency where the loss occurred.

Duplicate policies: In the event that more than one policy is issued to You, benefits shall be limited to the maximum payable under one policy, and a refund for duplicate Policies will be issued.

Extension of Coverage:

- Automatic extension: Your insurance will automatically be extended beyond Your Termination Date as shown on Your Policy Confirmation by:
 - a. 72 hours if Your scheduled common carrier or private automobile is delayed by mechanical breakdown, traffic accident or inclement weather; or
 - b. the duration of time You are unable to travel due to medical grounds, including Your confinement as an in-patient in a Hospital, plus 72 hours. This automatic extension does not apply if Your confinement as an inpatient is a result of psychiatric conditions and You have exceeded the maximum limit for the Psychiatric Hospitalization benefit.
- Extending after departure: If You decide to extend Your Coverage Period after Your start date contact the Administrator. We will extend Your coverage under this policy beyond Your Termination Date, as long as:
 - a. Your policy has not expired; and
 - b. the Coverage Period, including any extensions, does not exceed 365 days; and
 - c. You pay any additional required premium for such extension.
 All extensions are subject to approval by the Administrator or the Company.

Governing law: This policy is governed by the laws of the province or territory where this policy was issued. Any action or proceeding against the Company for recovery of claims under this policy must commence within 2 years from the date on which the cause of action arose. If however, this limitation is invalid according to the laws of the province or territory where this policy was issued, You must commence any legal action within the shortest time limit permitted by the laws of that province or territory. Despite any other provisions contained in this policy, this policy is subject to the statutory conditions of the Insurance Act respecting contracts of accident and sickness insurance.

Limitation on liability: The Company's liability under this policy is limited solely to the payment of eligible benefits, up to the maximum amount for any loss or expense. Upon making payment under this policy the Company and/or the Administrator do not assume any responsibility for the availability, quality or results of any Treatment, or Your failure to obtain Treatment or transportation and they can not be held liable for any negligence, wrongful acts or omissions of any service providers.

Medical examination: In the event of a claim, the Company reserves the right to have You medically examined at a location and by a Physician approved in the Company's sole discretion.

Medical records: In the event of a claim, You agree to provide access to, and We reserve the right to review any and all medical records or documentation relating to Your claim(s) from any licensed Physician, Dentist, medical practitioner, Hospital, clinic, insurer, individual, institution or other provider of service relating to the validity of Your claim.

Non compliance with obligations: We may choose to limit or refuse payments when:

- a. You or the party concerned with the payment is negligent in the fulfilment of any obligation resting upon them and has thus harmed the interests of the Company;
- b. facts have been:
 - i. incorrectly or insufficiently provided; or
 - ii. misrepresented; or
 - iii. falsified.
- c. You fail to seek immediate Treatment and to follow all doctor's advice, prescriptions and orders after suffering an Injury or Sickness.

Premium payment: The premium is calculated using the premium rates on the date You apply for coverage, based on Your age on the Effective Date. The full premium is due and payable when You apply for insurance. If for any reason the premium paid for the coverage applied for is incorrect, We will:

- a. charge and collect the difference; or
- b. shorten the Coverage Period if an underpayment in premium cannot be collected; or
- c. refund any overpayment.

Coverage will be null and void if for any reason Your payment is not honoured by the financial institution. We reserve the right to decline any application for insurance.

Refund of premium: Other than the 10 Day Right to Examine, premium refunds are not available. The Policy is non-transferable.

Right of recovery: In the event that You are found to be ineligible for coverage, any benefit is paid in error, payment is made in excess of the amount allowed under the provisions of this policy, a claim is found to be invalid, or benefits are reduced in accordance with any policy provision, We have the right to collect from You any amount which We have paid on Your behalf to medical providers or other parties or seek reimbursement from You, Your estate, any institution, insurer or person to whom payment was made.

Secondary coverage: The benefits in this policy are secondary to those available under any other valid and collectible insurance policy or plan under which You are entitled to claim including but not limited to, a government health insurance plan, group or personal accident and sickness insurance or extended health/medical care coverage, any automobile insurance or benefits plan, homeowner, tenant, or other multi-peril insurance, credit card benefit insurance, and other travel insurance.

Specifically for injuries incurred as a result of an automobile accident in Ontario, if You are designated catastrophically impaired under the Schedule of Accident Benefits under the Ontario Insurance Act, after benefits have been paid under this policy, said benefits are secondary to the Schedule of Accident Benefits and the Company is entitled to invoke the Assignment of Benefit provision of this policy to recover the benefits paid under this policy.

Termination by us: We may terminate this contract at any time by giving You written notice of termination. Unused premiums will be refunded in the event that no claims have been paid or are pending. Notice of termination may be sent to You or Your authorized agent by mail, fax or email. Five days notice of termination will be given, effective the date of mailing, fax or email.

Subrogation: If You suffer a loss caused by a third party, We have the right to subrogate Your rights of recovery against the third party for any benefits payable to or on Your behalf, and will, at Our own expense and in Your name, execute the necessary documents and take action against the third party to recover such payments. You must not take any action or execute any documents after the loss that will prejudice Our right to such recovery.

Sworn statements: We have the right to request that claims documents be sworn under oath and have You examined under oath in respect to any claim documents submitted.

DEFINITIONS

Accident/Accidental means a sudden, unexpected, unforeseeable, unavoidable external event, leading directly and independently of all other causes, to bodily Injury to You during the Coverage Period.

Administrator means Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. operating as guard.me International Insurance (GuardMe).

Company, We, Us, Our means Old Republic Insurance Company of Canada.

Corrective Device means a device that is required by You on the advice of a Physician, to correct a debilitating physical impairment and without which it would be a physical impossibility for You to continue Your studies or Your teaching responsibilities at the educational institution in which You are enrolled or are teaching. Corrective Devices include prosthetic limbs, wheelchairs, seeing-eye dogs, and hearing aids, but do NOT include eyeglasses.

Coverage Period means the period of time from the Effective Date to the Termination Date (see page 1 – Coverage Period).

Dentist means a qualified doctor of dentistry lawfully licensed to practice dentistry in the place where dental services are performed, but does not include You or a Family Member.

Effective Date means the date Your coverage under this policy begins (see page 1 - Coverage Period).

Emergency means any unexpected Sickness or Injury first occurring during the Coverage Period, which requires immediate Treatment to relieve acute pain and suffering. An Emergency no longer exists once Your condition has stabilized or when medical evidence obtained from Our medical advisor and Your local attending Physician confirms You are able to return to Your Home Country for further Treatment.

Family Member means spouse, parent, step-parent, grandparent, in-laws, natural or adopted child, stepchild, brother, sister, stepbrother, stepsister, aunt, uncle, niece or nephew.

Home Country means the country where You maintained a permanent residence before You came to Canada.

Hospital means an institution that is licensed, staffed and operated for the care and Treatment of inpatients and outpatients. Treatment must be supervised by Physicians and there must be registered nurses on duty 24 hours a day. Diagnostic and surgical capabilities must also exist on the premises or in facilities controlled by the establishment. A Hospital is not an establishment used mainly as a clinic, extended or palliative care facility, rehabilitation facility, addiction treatment centre, convalescent, rest or nursing home, home for the aged or health spa.

Injury means bodily harm to You due to an Accident that first occurs during the Coverage Period.

Lifetime Maximum means the benefit limit applies to all GuardMe policies ever issued to you. This amount does not reset with each new policy.

Medical Condition means any disease, illness or Injury including symptoms of undiagnosed conditions.

Medically Necessary means those services or supplies which are provided to You that are required to identify or Treat Your Emergency Sickness or Injury and that are necessary for the relief of acute pain or suffering, or with respect to Hospital services, those which cannot safely be provided to You as an out-patient.

Medication means a drug which is considered Medically Necessary for the Treatment or relief of an Emergency Injury or Sickness and which is available only with a prescription provided by a Physician or Dentist.

Physician means a qualified doctor who is legally licensed to practice medicine in the jurisdiction where the services are provided and to prescribe and administer medical Treatment, but does not include You or a Family Member.

Policy Confirmation means the document that confirms the insurance coverage You have purchased indicating Your policy number, Your purchase date, Your Effective Date and Your Termination Date. This document sets out Your Coverage Period and forms an integral part of the policy contract.

Pre-Existing Condition means any Medical Condition that exists prior to Your Effective Date.

Psychiatrist means a qualified doctor of psychiatry lawfully licensed to practice psychiatric medicine in the place where psychiatric services are performed, but does not include You or a Family Member.

Reasonable and Customary means the amounts usually charged for Treatment, services or supplies to provide the required level of care for the severity of the condition being Treated, in the geographical location where the Treatment, services or supplies are being provided.

Sickness means the sudden onset of a disease or illness that first occurs while this insurance is in effect, and requires You to seek Emergency Treatment.

Stable: means a Medical Condition where:

1. there has not been any new Treatment prescribed or recommended, or change(s) to existing Treatment (including a stoppage in Treatment); and
2. there has not been any change to any existing prescribed drug (including an increase, decrease, or stoppage to prescribed dosage), or any recommendation or starting of a new prescription drug; and
3. the Medical Condition has not become worse; and
4. there has not been any new, more frequent or more severe symptoms; and
5. there has been no hospitalization or referral to a specialist; and
6. there have not been any tests, investigation or Treatment recommended, but not yet complete, nor any outstanding test results; and
7. there is no planned or pending Treatment.

All of the above conditions must be met for a Medical Condition to be considered Stable.

Termination Date means the date Your coverage under this policy ends.

Treat, Treated or Treatment means a procedure prescribed, performed or recommended by a Physician for a Medical Condition. This includes but is not limited to prescribed Medication, investigative testing and surgery.

You or Your means any eligible person who submits an application and corresponding payment for coverage under this policy, and receives acceptance from the Administrator in the form of a confirmation or a valid policy ID Card.

In this policy, words and terms denoting the singular shall be interpreted to mean the plural and vice versa, unless the context clearly indicates otherwise.

CLAIM PROCEDURE

1. You must call the emergency assistance number on page 12 **BEFORE admission to Hospital as an inpatient and for prior written approval BEFORE any expenses are incurred for the following:**
 - Major diagnostic tests
 - Surgery
 - Repatriation or burial
 - Dental Injury
 - Air evacuation
 - AccessAbility
2. Present Your **GuardMe** Healthcare Access Card to Your medical service provider with valid photo identification.
3. Complete a claim form for each new Sickness or Injury when first Treated. Take it with You on Your first appointment. Claim forms are provided with each Healthcare Access Card issued. You can obtain a copy of Your Healthcare Access Card and/or claim form from Your school/organization or by logging into "My Account" on Your school's **GuardMe** microsite or through Our website at: www.guard.me
4. Within 30 days of the first medical expense, log into "My Account" on Your school's **GuardMe** microsite or through www.guard.me to submit Your claim electronically. You may also mail your completed claim form to:

GuardMe Claims
80 Allstate Parkway
Markham, Ontario Canada L3R 6H3

All claim submissions must contain:

- Completed claim form
- Original itemized bills, invoices and receipts. For paramedical services, individual invoices and payments for each visit must be submitted.
- Medical reports, and Emergency room reports, including but not limited to laboratory test results, x-rays, surgical and discharge reports

Remember to keep a copy for your files.

5. For a death claim, the beneficiary or other person entitled to claim must call the Administrator to report the claim. Details of claim must be submitted with an original death certificate or other proof of death, acceptable to Us.

In all cases of claim, either You, a beneficiary entitled to make a claim, or the agent of either, shall:

- a. give written notice of the claim including a completed claim form, and originals of all bills to the Administrator not later than 30 days from the date that a claim arises under the contract; and
- b. within 90 days from the date a claim arises under the contract furnish to the Administrator such proof as is reasonably possible in the circumstances; and
- c. if so required by the Administrator, furnish a satisfactory certificate as to the cause or nature of the loss for which a claim is being made under the policy.

Failure to give notice of a claim or furnish proof of a claim within the time periods prescribed above does not invalidate the claim if notice or proof is given as soon as reasonably possible, and in no event later than one year from the date of the event or loss.

Claims cannot be considered unless the claim form is fully completed and signed by the claimant and submitted with all the ORIGINAL required documentation which must be provided free of expense to Us.

Claim Payments

We will pay all covered claims upon receipt of all necessary information required to accurately assess Your claim.

All eligible claims are subject to a minimum reimbursement amount of \$10. Should a claim reimbursement be less than \$10, the amount will be held until such time as the amount of all submitted claims exceeds \$10.

All benefits are payable to You unless You assign Your right to payment directly to the service provider or another named assignee. In the event of Your death all benefits are payable to the beneficiary noted by You. If a beneficiary is not otherwise designated by You, benefits will be paid to the first of the following surviving preference beneficiaries:

1. Your spouse;
2. Your child or children jointly;
3. Your parents jointly if both are living, or the surviving parent if only one survives;
4. Your brothers and sisters jointly; or
5. Your estate.

Benefit payments do not provide for the payment of any interest.

EMERGENCY PROCEDURES

Contact the 24-hour toll-free emergency assistance number at:

- North America - 1-888-756-8428
- Outside North America, call collect - 1-905-752-6230

1. within 24 hours of admission to hospital, or if incapacitated, as soon as reasonably possible;
2. for any benefit where prior approval is required;
3. for any excursions, prior to incurring ANY medical expenses.

Failure to notify the Administrator as required will limit our liability to 50% of the eligible expenses incurred.

PRIVACY

The company is committed to protecting your privacy. Collecting personal information about you is essential to our ability to offer you high-quality insurance products and service. The information provided by you will only be used for determining your eligibility for coverage under the policy, assessing insurance risks, managing and adjudicating claims and negotiating or settling payments to third parties. This information may be shared with third parties, such as other insurance companies, health organizations and government health insurance plans to adjudicate and process any claim. In the event that we must share your information with a third party who conducts business outside of Canada, there is a possibility that this information could be obtained by the government of the country in which the third party conducts business. We take great care to keep your personal information accurate, confidential and secure.

Our privacy policy sets high standards for collecting, using, disclosing and storing personal information. If you have any questions about the company's privacy policy, please visit www.orican.com/privacy or contact our Privacy Officer privacy@orican.com or at 1-800-530-5446.

Underwritten by:

Old Republic Insurance Company of Canada
Box 557, 100 King Street West
Hamilton, Ontario CANADA L8N 3K9



Jason Smith, CPA, CA
President and Chief Executive Officer
July 2024
GuardMe K-12@BCSchools 072024



Schedule B

GuardMe Foreign Student Third Party Liability

One Million Dollars (\$1,000,000) Benefit Maximum

Certain capitalized terms used in this Insurance have specific meanings and are defined below in Section V. DEFINITIONS.

I. COVERAGE

This Schedule B insurance is included for the Coverage Period of the **GuardMe** Policy upon full payment of the premium for this Schedule B.

This Schedule B provides insurance for Your Legal Liability for Bodily Injury, or Property Damage to Host Family premises or goods, arising from Your personal actions as described in II below.

Where a lawsuit is brought against You, We will pay all sums which You become legally liable to pay as compensatory damages because of Bodily Injury or Property Damage to Host Family premises or goods arising out of Your personal actions in the Host Country. Insurance is up to the Benefit Maximum of one million dollars (\$1,000,000) per 365-day period.

II. Host Family Homeowner/Other Applicable Insurance Coverage:

This coverage applies while You are residing in Your Host Country. If any of Your actions results in an eligible claim under a valid and collectible homeowner's insurance policy of Your Host Family or similar insurance policy covering property damage to Your temporary residence, We will pay the loss incurred up to the amount of the deductible under the Host Family's homeowner's policy (or similar insurance policy), not to exceed one thousand dollars (\$1,000) per 365 day period. We will pay the benefit pursuant to this provision only after You have submitted to Us due proof of the property damage amount which was incurred.

With respect to I. and II. above, You are covered up to the Benefit Maximum for:

1. Compensation You must pay, as approved by the Company, for any settlement or legal verdict; and
2. Associated legal fees pre-approved by the Company, for Your representation in any legal proceedings. Legal representation must be by a person or persons other than an Immediate Family Member and pre-approved by Us.

The Company's maximum liability for any negotiated settlement or court ordered award is the lower of:

1. The negotiated settlement or court ordered award plus all associated legal costs and disbursements; or,
2. The Benefit Maximum.

For any defending charges brought against You under the Criminal Code or similar legislation our liability to provide Legal Defense Costs is limited to a maximum of twenty-five thousand dollars (\$25,000) for any of Your actions which are alleged to have occurred during the Coverage Period under this insurance.

We will only indemnify you if:

1. All charges are withdrawn by the authorities responsible for laying the charges, or
2. You are found not guilty of the charges following final judgment or adjudication.

We shall be entitled to take over and conduct the defense of any legal action brought against You and to settle such action in Your name.

III. CONDITIONS AND LIMITATIONS

1. No admission, offer, promise or indemnity shall be made without Our consent.
2. You are obligated to take all possible steps to prevent and minimize the loss including notifying Us as soon as possible and supplying all information in respect of the circumstances surrounding a potential claim.

1. You shall provide all the information and assistance that is required by Us. You shall provide Us with copies of all letters, pleadings and other relevant documents and materials received by You.
2. We may, at Our sole discretion, in respect of this insurance covered, pay to You the Benefit Maximum applicable, less any amounts already paid, or any lesser amount for which the claim(s) can be settled. We shall thereafter be under no further liability except that where the Benefit Maximum has not been paid, We will pay for legal costs and disbursements, which have been pre-approved by us up to the remaining limits of the Benefit Maximum.
3. Benefits payable are in excess of any homeowner, tenant, or other insurance, and all other sources of recovery. If any other insurance is available to You, Your Host Family, or any third party for a covered loss under this insurance, Our obligations under this insurance are excess of such insurance. In no event shall this insurance apply until all other insurance has paid its applicable limit of insurance.
4. You must notify Us at the time You are first advised of a legal action or claim against You.
You can contact Us for claims related queries at:
Email: claims@zurich.com
Address: Zurich Canada
First Canadian Place, 100 King Street West
Suite 5500, P.O. Box 290
Toronto, Ontario M5X 1C9
Customer Inquiry Line: 1-866-345-3454
5. Governing Law: This insurance is governed by the laws of the province of Ontario and is subject to the provisions of the Insurance Act respecting contracts of insurance entered into in Ontario.
8. Sanctions: Benefits are not payable under this insurance for any losses or expenses incurred due to, or as a result of, Your travel to a sanctioned country for any business or activity that would violate any Canadian or any other applicable national economic or trade sanction law or regulation.

IV. EXCLUSIONS

- A. There is no coverage for any claims or actions presented that result or arise from:
 1. War, invasion, act of a foreign enemy, hostilities, civil war, rebellion, revolution, insurrection or military power;
 2. Any claim that arises directly or indirectly, in whole or in part, out of Terrorism or by any activity or decision of a government agency or other entity to prevent, respond to or terminate Terrorism regardless of any other cause or event that contributes concurrently or in any sequence to the loss or damage;
 3. Your participation in riot or insurrection;
 4. The use of any weapons;
 5. Bodily injury or property damage which is required to be insured under a nuclear energy liability policy issued by the Nuclear Insurance Association of Canada, or any other group or pool of insurers;
 6. a. sexual, physical, psychological or emotional abuse, molestation or harassment, including corporal punishment by, or at Your direction, or with Your knowledge; or
b. Your failure to take steps to prevent sexual, physical, psychological or emotional abuse, molestation or harassment or corporal punishment;
 7. Your transmission of an illness or disease;
 8. Damage caused by Your commission of or attempt to commit a willful, illegal or malicious act;
 9. Business pursuits;
 10. The rendering or failure to render any professional service;
 11. Property that You sell, rent, lease or lend for use by third parties;
 12. Damage that is due to wear or tear;
 13. Damage caused by animals owned by or being cared for by You;
 14. a. the erasure, destruction, corruption, misappropriation, misinterpretation of data,
b. erroneously creating, amending, entering, deleting or using data, including any loss of use arising from any of these actions or events; or
c. the distribution or display of data by means of an Internet Website, the Internet, an Intranet, extranet, or similar device or system designed or intended for electronic communication of data;

- d. access to or disclosure of any person's or organization's confidential or personal information, including but not limited to patents, trade secrets, processing methods, customer lists, financial information, credit card information, health information or any other type of personal or nonpublic information.
 - 15. The ownership, use (including loading or unloading) or operation of any automobile, watercraft, aircraft, motorized vehicle or trailer attached to any of the foregoing;
 - 16. The occupation or ownership of any land or building except any building You temporarily occupy during the Policy Coverage Period;
 - 17. The misuse of drugs alcohol or any medication which results directly or indirectly in the condition causing a claim.
 - 18. Expenses which are recoverable or which could have been recovered from any other source including but not limited to any individual, group or prepaid employee or private health insurance plan, credit card coverage or government health insurance plan or third party liability plan/policy;
 - 19. Fraud, concealment, or deliberate misstatement in relation to any matter affecting this insurance or in connection with the making of any claim hereunder; and
 - 20. Your travel to or within a country, city or region listed in any level of a travel warning that has been issued by Your Home Country or Your Host Country to warn its residents against travel.
- B. Nor will any coverage be provided in relation to claims and/or actions brought:
- 1. By Your Immediate Family;
 - 2. By any person who is employed by You;
 - 3. For any punitive or exemplary damages;

V. DEFINITIONS

Accident/Accidental means a sudden, unexpected, unforeseeable, unavoidable external event leading directly and independently of all other causes, to bodily injury to an Insured during the Coverage Period.

Benefit Maximum means the amount stated as the limit payable for any particular benefit and applies to services received during the Coverage Period. Regardless of the number of policies issued in a 365-day period, Benefit Maximums do not renew for subsequent Coverage Periods until:

- a. 365 days have elapsed from the Effective Date of the original policy purchased and on the anniversary date every year thereafter; or
- b. The Effective Date of a new Coverage Period providing it is more than 365 days after the Effective Date of the original Coverage Period on the first policy.

Bodily Injury means bodily injury, sickness or disease or resulting death.

Coverage Period means the period of time during which You are insured for the benefits provided by this insurance, starting from 12:01 a.m. on the Effective Date until 12:00 midnight on either the date

- a. specified as the Termination Date on the Application; or
- b. of termination of any extension of this Policy. If You return to Your Home Country for any reason other than while You are on a temporary work assignment or exchange program related to your study in Canada. The maximum Coverage Period including extensions is 365 consecutive days from the Effective Date.

Effective Date means the date Your coverage under this Policy begins. Coverage begins on the latest of the date and time,

- a. the required premium is paid, or
- b. the date You request as the Start Date on Your Application or
- c. the date You leave Your Home Country for study in Canada or
- d. for returning Canadians, the date you return to Canada.

Eligible means a person under 65 years of age travelling outside his/her Home Country (or a Canadian returning to Canada) as a student, faculty, teacher, chaperone, participant in educational exchanges.

Home Country means the country where the Insured permanently resides.

Host Country means Canada in which You are temporarily residing as a student while away from Your Home Country. Subject to any claim or suit being brought only in Canada the Host Country will include any other country while You are on a temporary work assignment or exchange program related to your study in Canada.

Host Family means the individual(s) or family with whom You are residing as a student while in Canada away from Your Home Country.

Insured, You or Your means any Eligible person who submits an application and corresponding payment for coverage under this Policy, and receives acceptance of coverage from Our Plan Administrator in the form of a confirmation or a valid policy ID card.

Immediate Family means Your Spouse, parent, legal guardian, step-parent, grandparent, grandchild, in-laws, natural or adopted child, stepchild, brother, sister, stepbrother, stepsister, aunt, uncle, niece, nephew or an employed Caregiver for unmarried dependent children under 19 years of age.

Legal Liability means responsibility which courts recognize and enforce between persons who sue one another.

Plan Administrator means Zurich Insurance Company Ltd (Canadian Branch).

Property Damage means:

- 1. Physical damage to, or destruction of, tangible property;
- 2. Loss of use of tangible property.

Spouse means Your legally married spouse, or a person with whom You have been residing and who is publicly represented as Your spouse.

Termination Date means the date Your coverage under this insurance ends. Coverage ends on the later of the date

- a. specified as the Termination Date on the Application; or
- b. of termination of any extension of this Policy. If You return to Your Home Country for any reason other than as defined in Host Country coverage terminates effective the date of your return to Home Country.

We, Us, Our refers to Zurich Insurance Company Ltd

All other definitions conditions, limitations, exclusions and provisions of the **GuardMe** Policy are applicable.

PRIVACY CONSENT NOTICE

By submitting the requested information, which may include, but is not limited to, an individual's name, address, date of birth, and medical information, you covenant and warrant that you have obtained the appropriate consent from such individual to disclose their personal information to Zurich Insurance Company Ltd and its subsidiaries and affiliates located in your country of residency abroad (collectively, "Zurich"), for the collection, storage, use, disclosure, and processing of such personal information as may be necessary for the purposes of securing and administering the requested insurance coverage(s), including but not limited to, risk evaluation, policy execution, premium setting, premium collection, claims adjusting, administration, investigation and settlement, fraud prevention, detection and suppression, or statistical evaluation. You also covenant and warrant that you have obtained consent from the individual for Zurich's disclosure of their personal information to third parties, as required for and in relation to the above-stated purposes, including reinsurers, third party administrators, brokers, agents, claims adjusters, regulators or other governmental or public bodies, taxing authorities, industry associations, other insurers, and other third parties involved in providing insurance services ("Third Parties").

Zurich is committed to protecting the privacy and confidentiality of information provided. Personal information may be processed by and is securely stored within the offices of Zurich and authorized Third Parties, both in domestic and foreign jurisdictions outside Canada and is subject to applicable laws.

Zurich may retain personal information as needed for any of the above-stated purposes or as necessary to comply with Zurich's legal and regulatory obligations, resolve disputes, and enforce Zurich's agreements. Individuals may request to review the personal information Zurich maintains about them and make corrections by writing to: Privacy Officer, Zurich Insurance Company Ltd (Canadian Branch), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto, ON M5X 1C9 or by emailing privacy.zurich.canada@zurich.com.

Individuals may refuse to consent or withdraw their consent to the collection, storage, use, disclosure or processing of their personal information; however, their refusal to provide consent may result in Zurich being unable to offer and administer insurance coverage or prevent Zurich from being able to pay any claim benefits payable under the policy.

Please contact the Zurich Privacy Officer for further information regarding the collection, use, disclosure, processing and storage of personal information or for any complaints via email at privacy.zurich.canada@zurich.com. Our Privacy Policy is available at <https://www.zurichcanada.com/en-ca/about-zurich/privacy-statement>.

For the purpose of the *Insurance Companies Act* (Canada), this document was issued in the course of the Company's insurance business in Canada.



Head of Underwriting, Canada
Authorized Representative



REISE-KRANKENVERSICHERUNG

WICHTIGER HINWEIS

Lesen **Sie Ihre** Police sorgfältig durch und lernen **Sie Ihren** Versicherungsschutz kennen. **Ihr** Versicherungsschutz unterliegt bestimmten Einschränkungen, Bedingungen und Ausschlüssen. Achten **Sie** besonders auf fettgedruckte Wörter. Diese haben eine besondere Bedeutung, die im Abschnitt „Begriffserklärungen“ in dieser Police auf Seite 9 erklärt wird. Diese Police wird sekundär zu anderen Quellen von Versicherungsschutz wirksam (siehe Seite 9). Jegliche Leistungen, die im Rahmen dieser Police fällig werden, gehen über jeglichen anderen Versicherungsschutz hinaus, den **Sie** eventuell bei einem anderen Versicherungsunternehmen oder jeglicher anderer Quelle von Rückvergütung haben.

Die in der Police beschriebenen Versicherungssummen gelten für einen Zeitraum von 365 Tagen, mit Ausnahme der Leistungen für den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (A6) und den Leistungen für **Psychiatergebühren** (A7), für die es eine **lebenslange Höchstleistung** gibt. Unabhängig von der Anzahl an Versicherungspolicen, die **Sie** während eines Zeitraums von 365 Tagen erwerben, erneuern sich die Versicherungssummen nicht, bis die 365 Tage ab **Datum des Inkrafttretens** der Originalpolice verstrichen sind und dann am Jahrestag in jedem darauffolgenden Jahr.

Ein Ausschluss für bereits **bestehende Erkrankungen** gilt für **Krankheitszustände**, die bereits vor **Ihrem Versicherungszeitraum** bestanden haben (siehe Seite 1). Prüfen **Sie** auf jeden Fall den Ausschluss für bereits **bestehende Erkrankungen** (Seite 6), um festzustellen, ob dies auf **Sie** zutrifft.

Falls ein **Krankheitsfall** eintritt, wird die vorangegangene Krankengeschichte geprüft, wenn ein Anspruch angemeldet wird.

Wie auf Seite 11 beschrieben ist, sind **Sie** verpflichtet, den **Anspruchsverwalter** vor der **Behandlung** zu benachrichtigen. Falls **Sie** den **Anspruchsverwalter** nicht während des festgelegten Zeitraums benachrichtigen, werden die Leistungen limitiert.

RECHT AUF PRÜFUNG

Sie können diese Police innerhalb von 10 Tagen nach dem Kauf widerrufen und eine volle Rückerstattung erhalten, wenn **Sie Ihr Heimatland** nicht verlassen haben und kein Versicherungsanspruch in Bearbeitung ist. Für Rückerstattungen nach Ablauf von 10 Tagen, siehe Rückerstattung der Prämie auf Seite 9.

ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN

Um einen Anspruch auf Versicherungsschutz zu haben, müssen **Sie**:

- unter 20 Jahre alt sein; und
- außerhalb **Ihres Heimatlandes** reisen (oder, falls Kanadier/in, nach Kanada zurückkehren); und
- ein Student an einer nicht-postsekundären Bildungseinrichtung sein; und
- niemals Ihren Versicherungsschutz von einem Versicherer unter einer anderen Police gekündigt bekommen haben; und
- sich in keinem **Krankheitszustand** befinden, aufgrund dessen ein **Arzt** von der Reise abgeraten hat; und
- nicht vor Ihrer Ankunft in Kanada die Diagnose einer Krankheit im Endstadium erhalten haben.

Falls **Sie** den oben aufgeführten Anspruchsvoraussetzungen nicht entsprechen, so ist **Ihre** Versicherung ungültig und die Haftbarkeit des **Unternehmens** ist auf die Rückerstattung gezahlter Prämien beschränkt.

VERSICHERUNGSZEITRAUM

Datum des Inkrafttretens – Wann der Versicherungsschutz beginnt

Der Versicherungsschutz unter dieser Police beginnt (je nachdem, was später eintritt):

- a) an dem Datum und der Zeit, zu der die entsprechende Prämie gezahlt wird; oder
- b) an dem Datum, das **Sie** als Startdatum in **Ihrem** Antrag angefordert haben; oder
- c) an dem Datum, an dem **Sie Ihr Heimatland** verlassen haben; oder
- d) an dem Datum, an dem **Sie** nach Kanada zurückkehren (nur für zurückkehrende Kanadier).

Wann der Versicherungsschutz endet

Ihr Versicherungsschutz endet (je nachdem, was später eintritt):

- a) am auf **Ihrem** Antrag aufgeführten **Ablaufdatum**; oder
- b) an dem **Ablaufdatum** jeglicher Police-Verlängerungen; oder
- c) 90 Tage, nachdem **Sie** nach Kanada zurückkehren (nur für zurückkehrende Kanadier).

- Der Versicherungsschutz kann nicht auf mehr als 365 Tage verlängert werden.

Versicherungsschutz für Ausflüge außerhalb Kanadas

Diese Police bietet Versicherungsschutz für Ausgaben, die **Ihnen** in Kanada entstehen. Der Abschnitt „**Medizinische Leistungen im Notfall**“ in dieser Police schließt auch die Ausgaben für medizinische **Notversorgung** mit ein, die **Ihnen** bei Ausflügen außerhalb von Kanada während **Ihres** jeweiligen **Versicherungszeitraums** entstehen, und zwar unter folgenden Voraussetzungen:

- a) der Ausflug beginnt in Kanada; und
- b) mehr als 50 % **Ihres Versicherungszeitraums** wird in Kanada verbracht; und
- c) die Höchstdauer eines Ausflugs in die Vereinigten Staaten beträgt 30 Tage.

Es besteht kein Versicherungsschutz für Ausgaben, die in **Ihrem Heimatland** entstehen, es sei denn:

- a) die Reise in das **Heimatland** wird ausdrücklich zur Teilnahme an einer von der Schule organisierten Sportveranstaltung oder außerschulischen Veranstaltung durchgeführt; oder
- b) **Sie** sind Kanadier/in und kehren nach Kanada zurück.

TABELLE MAXIMALER LEISTUNGEN

LEISTUNGSABSCHNITTE		VERSICHERUNGSSUMME
A.	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN IM NOTFALL	
1.	Krankenhausleistungen	Abgedeckt
2.	Arztgebühren	Abgedeckt
3.	Labor- & Diagnostest	Abgedeckt
4.	Private Krankenbetreuung	20.000 \$
5.	Verschreibungspflichtige Medikamente	Vorrat für 60 Tage
6.	Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik	Lebenslange Höchstleistung 60.000 \$
7.	Psychiatergebühren	Lebenslange Höchstleistung 60.000 \$
8.	Transport per Ambulanz (Bodentransport)	Abgedeckt*
9.	Lufttransport	300.000 \$
10.	Schwangerschaft	25.000 \$
11.	Medizinische Geräte und Materialien	Abgedeckt*
12.	Familientransport und Aufenthaltsbeihilfe	6.500 \$
13.	Rückführung der sterblichen Überreste	20.000 \$
14.	Beerdigung im Gastland	20.000 \$
15.	Zahnverletzung	4.000 \$*
16.	Zahnärztliche Notfallversorgung	1.000 \$
B.	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN (AUSSER NOTFÄLLEN)	
1.	Paramedizinisch	1.000 \$
2.	Psychotherapie	10.000 \$
3.	Impfschutz	150 \$
4.	Jährlicher Arztbesuch	150 \$
5.	Jährliche Augenuntersuchung	100 \$
6.	Warzenbehandlung	750 \$
7.	Diabetes- oder Asthma-Zubehör	500 \$
8.	Nicht dringende Pflege	5.000 \$
9.	Medizinische Beratung	200 \$
10.	Sozialarbeiter	500 \$
11.	Tests auf sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionen	100 \$
12.	Beratung bei Drogenmissbrauch	200 \$/Sitzung und drei Sitzungen
13.	Privatlehrer	2.000 \$
14.	AccessAbility (Barrierefreiheit)	2.500 \$
C.	LEISTUNGEN BEI TÖDLICHEM UNFALL & VERLUST VON GLIEDMASSEN	
1.	Personenschaden	50.000 \$
2.	Unfall durch Transportunternehmen	100.000 \$
3.	Traumaberatung	10 Sitzungen

Das Gesamtlimit dieser Police beträgt 5.000.000 \$

*es gelten zusätzliche Unterlimits

Alle Leistungen werden alle 365 Tage zurückgesetzt, mit Ausnahme des Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik (A6) und **Psychiatergebühren** (A7), die auf einen lebenslangen Höchstwert beschränkt sind.

A. MEDIZINISCHE LEISTUNGEN IM NOTFALL

Wann Leistungen anwendbar sind

Falls Sie während Ihres **Versicherungszeitraums** einen medizinischen **Notfall** erfahren.

Was wir abdecken und was wir zahlen

Sie sind für **angemessene und übliche** Kosten zur Behandlung einer **Notfallerkkrankung** oder **-verletzung** abgedeckt, und zwar bis zu der Versicherungssumme, die in der Tabelle „**Höchstleistungen**“ aufgeführt ist. Dies unterliegt dem Gesamtlimit dieser Police von 5.000.000 \$ für die unten aufgeführten Ausgaben für medizinische **Notversorgung**. Bestimmte Abschnitte haben eine spezielle, dort angegebene Höchstgrenze.

- Krankenhausleistungen:** Gebühren für die **Notfallbehandlung**, die stationär oder ambulant geleistet wird, und zwar wie folgt:
 - Kosten für Zimmer und Verpflegung im Krankenhaus** bis zum Satz für halbprivate Zimmer (Privatzimmer, wenn medizinisch erforderlich); und
 - Medikamente, die während des Aufenthalts im **Krankenhaus** verabreicht werden; und
 - jegliche andere Dienstleistungen oder Versorgungsmaterialien;
 - Jeder chirurgische Eingriff bedarf der vorherigen Genehmigung des **Anspruchsverwalters**.
- Arztgebühren:** Gebühren, die von einem **Arzt** für fachgemäße Dienstleistungen oder **Behandlungen** berechnet werden, dazu gehören alle **medizinisch notwendigen** Nachbehandlungen, bis der ursprüngliche **Notfall** überwunden ist und sich der Zustand stabilisiert hat.
- Labor- & Diagnosetests:** Gebühren für technische und interpretative Dienstleistungen.
 - Für alle wichtigen diagnostischen Tests, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Computer-Axialtomographie (CAT)-Scans und Magnetresonanztomographie (MRI), Herzkatheteruntersuchungen, Endoskopie usw. ist die vorherige schriftliche Zustimmung des **Anspruchsverwalters** erforderlich.
- Private Krankenbetreuung:** Maximalleistung von bis zu 20.000 \$ für die Leistungen einer Krankenschwester, eines Krankenpflegedienstes oder einer Hauspflegekraft, auf Anordnung des behandelnden **Arztes**. Dienstleistungen, die von **Ihnen**, einem **Familienmitglied** (selbst, wenn dieses Krankenschwester, Krankenpfleger oder Hauspfleger(in) ist) oder jemandem, der normalerweise bei **Ihnen** wohnt, geleistet werden, sind nicht abgedeckt.
- Verschreibungspflichtige Medikamente:** wenn diese zur **Behandlung** eines **medizinischen Notfalls** oder einer **Verletzung** von einem **Arzt** verschrieben und von einem zugelassenen Apotheker ausgegeben werden. **Medikamente** sind auf eine 60-tägige Versorgung jeglicher Art beschränkt, es sei denn, sie werden während eines stationären Aufenthalts im **Krankenhaus** verschrieben.
- Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik:** Wenn Sie wegen Selbstmord, Selbstmordversuch, selbst zugefügten Verletzungen, psychischen oder emotionalen Störungen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Stress, Angstzustände, Panikattacken, Depressionen, Essstörungen/Gewichtsstörungen) oder psychiatrischer **Behandlung** in ein **Krankenhaus** eingeliefert werden, zahlen wir bis zu einer aggregierten, **lebenslangen Höchstleistung** von 60.000 \$ für medizinische und/oder psychiatrische **Behandlungen**, die Sie während eines Aufenthalts im **Krankenhaus** aufgrund einer oder mehrerer dieser Ursachen erhalten haben.
- Psychiatergebühren:** Gebühren, die separat von einem **Psychiater** für stationäre Leistungen in Rechnung gestellt werden, bis zu einer **lebenslangen Höchstleistung** von 60.000 \$.
- Transport per Ambulanz (Bodentransport):** Gebühren für den Transport durch einen zugelassenen Ambulanzdienst zum nächsten **Krankenhaus**, einschließlich Transport von einem **Krankenhaus** zum anderen, falls vom behandelnden **Arzt** angewiesen. Falls ein Taxi- oder kommerzieller Fahrdienst vor Ort erforderlich ist, um Sie zwecks qualifizierter **Behandlung** zum **Krankenhaus**, zur Klinik oder Apotheke und zurück zu fahren, so erstatten wir Ihnen die Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 200 \$.
- Lufttransport:** Gebühren, die als Folge einer **Notfallerkkrankung** oder **-verletzung** entstehen, um Sie zum nächsten oder am besten geeigneten **Krankenhaus** zu transportieren, bis zu einem Höchstbetrag von 300.000 \$ wie folgt:
 - die zusätzlichen Kosten für einen Hinflug auf einer kommerziellen Luftlinie; oder
 - die Kosten für die Unterbringung einer Krankentrage, falls eine Krankentrage **medizinisch notwendig** ist, um Sie zu transportieren, plus die Kosten für Hin- und Rückflug, angemessene Verpflegungs- und Übernachtungskosten und Honorare für die Dienstleistungen eines qualifizierten medizinischen Angestellten (kein **Familienmitglied**), der Sie begleitet, falls eine Begleitung **medizinisch notwendig** ist oder von der Luftlinie verlangt wird; oder
 - die Kosten für Transport in einem Sanitätsflugzeug, wenn **medizinisch notwendig**.
 - Landambulanzkosten an jedem Ende des Fluges oder bei Anschlussflügen sind enthalten, falls **medizinisch notwendig**.
 - Der behandelnde **Arzt** muss bestätigen, dass Sie für die gewählte Transferart medizinisch fit sind.
 - Diese Leistung bedarf der vorherigen Genehmigung des **Anspruchsverwalters**.
- Schwangerschaft:** Gebühren, die in Verbindung mit pränataler Pflege, Geburt und Pflege des Neugeborenen (bis zu 15 Tage) entstehen, sind bis zu einem kombinierten Höchstbetrag von 25.000 \$ abgedeckt.
 - Die Schwangerschaft muss nach dem **Datum des Inkrafttretens** dieser Police beginnen.
 - Diese Police muss für den ganzen Schwangerschaftsverlauf gültig bleiben.
 - Diese Leistung ist auf maximal eine Schwangerschaft pro Jahr begrenzt.

- Medizinische Geräte und Materialien:** Falls als Folge von abgedeckten **Krankheiten** oder **Verletzungen** erforderlich, der Kauf von medizinischen Verbrauchsgütern einschließlich Verbänden und prothetischen Geräten; Mietpreise für Rollstühle, Krücken, **Krankenhausbett** oder andere Geräte, nicht über den Kaufpreis hinaus. Es gelten die folgenden Höchstbeträge:
 - a) Verschreibungspflichtige Brillen oder Kontaktlinsen – 500 \$;
 - b) Hörgeräte – 500 \$;
 - c) Maßgearbeitete Orthesen – 500 \$;
 - d) Maßgearbeitete Bein- oder Kniestützen – 1.000 \$.
- Familientransport- und Aufenthaltsbeihilfe:** falls Sie keine **Familienmitglieder** im Umkreis von 500 Kilometern von Ihrem Standort haben, während Sie sich außerhalb Ihres **Heimatlandes** befinden, im **Krankenhaus** sind und davon ausgegangen wird, dass Ihr **Krankenhausaufenthalt** mindestens sieben Tage dauern wird, oder im Falle Ihres Todes, zahlen wir bis zu 5.000 \$ für die Hin- und Rückflugkosten basierend auf dem niedrigsten verfügbaren Tarif für die direkteste Route für zwei von Ihnen benannten Personen, die zu Ihrem Krankentbett reisen. Wir werden auch bis zu 1.500 \$ für gewerbliche Unterkünfte und Mahlzeiten für einen Zeitraum von maximal 10 Tagen für diese beiden Personen zahlen.
 - Der behandelnde **Arzt** muss bestätigen, dass die Situation ernst genug ist, um den Besuch am Krankentbett zu rechtfertigen.
- Rückführung der sterblichen Überreste:** Im Falle Ihres Versterbens werden wir die **angemessenen und üblichen** Kosten für die Vorbereitung und Rückführung Ihrer Überreste oder Asche in Ihr **Heimatland** in einem standardmäßigen Behälter bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 \$ übernehmen.
 - Falls Sie diese Leistung auswählen, können Sie nicht die Leistung A14 – Beerdigung im Gastland – auswählen.
 - In Ihrem **Heimatland** anfallende Ausgaben werden nicht abgedeckt.
 - Ausgaben, die für besondere traditionelle Begräbnisrituale oder -zeremonien anfallen, werden nicht abgedeckt.
 - Diese Leistung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des **Anspruchsverwalters**.
 - Die Ausschlüsse auf Seite 6 gelten nicht für diese Leistung.
- Beerdigung im Gastland:** Im Falle Ihres Versterbens zahlen wir die Kosten für die Einäscherung oder das Begräbnis Ihrer Überreste an dem Ort, wo der Tod eintritt, einschließlich einer Grabstelle und Sarg, bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 \$.
 - Falls Sie diese Leistung auswählen, können Sie nicht die Leistung A13 – Rückführung der sterblichen Überreste ins Heimatland – auswählen.
 - Ausgaben, die für besondere traditionelle Begräbnisrituale oder -zeremonien anfallen, werden nicht abgedeckt.
 - Für Grabsteine anfallende Ausgaben werden nicht abgedeckt.
 - Diese Leistung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des **Anspruchsverwalters**.
 - Die Ausschlüsse auf Seite 6 gelten nicht für diese Leistung.
- Zahnverletzung:** Bis zu 4.000 \$ **Maximalleistung** für eine zahnärztliche **Notfallbehandlung** durch einen zugelassenen Zahnarzt oder Zahnchirurgen, um zuvor gesunde natürliche oder dauerhaft befestigte künstliche Zähne als Folge einer **Verletzung** zu reparieren oder zu ersetzen, die durch einen **versehentlichen** Schlag gegen den Mund verursacht wurde. Kosten für die Reparatur von Kronen und Zahnprothesenplatten sind auf 500 \$ begrenzt.
 - Jede **Behandlung** muss innerhalb von 90 Tagen nach dem **Unfall** erfolgen.
 - Kosten, die infolge von **Kauunfällen** oder Verletzungen durch das Einführen eines Gegenstands in den Mund oder Anlegen eines Gegenstands an den Mund entstehen, sind nicht abgedeckt.
 - Diese Leistung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des **Anspruchsverwalters**.
- Zahnärztliche Notfallversorgung:** Wenn ein Versicherungsschutz für mindestens 90 aufeinanderfolgende Tage erworben wird, Gebühren, die von einem zugelassenen **Zahnarzt** oder Zahnchirurgen für Zahnärztliche **Notfallversorgung** zur sofortigen Erleichterung von Schmerz und Leid in Rechnung gestellt werden, einschließlich Wurzelkanalbehandlung und Weisheitszähne bis zu einem Höchstbetrag von 1.000 \$. Die mit der Extraktion von Weisheitszähnen verbundenen Kosten sind auf 100 \$ pro Zahn begrenzt.

Einschränkung für Medizinische Leistungen im Notfall

In Bezug auf den oben aufgeführten Versicherungsschutz für **Notfälle** behalten wir uns das Recht vor, vor Ihrer **Behandlung** oder nach medizinischer **Notfallversorgung** aufgrund von **Krankheit** oder **Verletzung**, Ihre Rückkehr in Ihr **Heimatland** zu verlangen, falls die von unserem medizinischen Sachverständigen und Ihrem vor Ort behandelnden **Arzt** eingeholten medizinischen Beweise bestätigen, dass Sie in der Lage sind, zurückzukehren, ohne Ihr Leben oder Ihre Gesundheit zu gefährden. Falls Sie sich entscheiden, nicht in Ihr **Heimatland** zurückzukehren, nachdem wir dies empfohlen haben, so werden wir für keine weiteren Ausgaben zahlen, die sich direkt oder indirekt aus der Krankheit ergeben, für die Sie behandelt werden.

B. MEDIZINISCHE LEISTUNGEN (AUSSER NOTFÄLLE)

Wann Leistungen anwendbar sind

Falls Ihnen während Ihres **Versicherungszeitraums** medizinische Kosten (außer bei Notfällen) entstehen.

Was wir abdecken und was wir zahlen

Sie sind für **angemessene und übliche** Kosten abgedeckt, und zwar bis zu der Versicherungssumme, die in der Tabelle „**Höchstleistungen**“ für die unten angegebenen, erstattungsfähigen Kosten aufgeführt ist:

1. **Paramedizinische Gebühren:** Kosten mit einer Maximalleistung von bis zu 1.000 \$ pro Dienstleister für die Leistungen eines Chiropraktikers, Osteopathen, Naturheilkundlers, Akupunkteurs, Fußpflegers, Podologen, Physiotherapeuten, Sprachtherapeuten, Massagetherapeuten oder Ergotherapeuten auf Anordnung des behandelnden Arztes. Der medizinische Dienstleister muss für die Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit an dem Ort, an dem die Dienstleistungen erbracht werden, zugelassen sein. Dienstleistungen, die von **Ihnen**, einem **Familienmitglied** oder jemandem, der normalerweise bei **Ihnen** wohnt, geleistet werden, sind nicht abgedeckt.
2. **Psychotherapie:** Maximalleistung von bis zu 10.000 \$ für die ambulante psychiatrische Gesundheitsversorgung, einschließlich psychiatrischer und psychologischer Beratung, durch eine zugelassene Fachkraft.
3. **Impfschutz:** Falls durch **Ihren** Studiengang erforderlich, sind Gebühren für Impfungen, einschließlich Tuberkulose (TB)-Tests, bis zu einem Höchstbetrag von 150 \$ abgedeckt.
4. **Jährlicher Arztbesuch:** Wenn ein Versicherungsschutz für mindestens 90 aufeinanderfolgende Tage erworben wird, zahlen wir eine Maximalleistung von 150 \$ für einen einmaligen **Arztbesuch** in Kanada für eine Nicht-Notfalluntersuchung und damit verbundene Tests.
5. **Jährliche Augenuntersuchung:** Wenn ein Versicherungsschutz für mindestens 90 aufeinanderfolgende Tage erworben wird, zahlen wir eine Maximalleistung von 100 \$ für eine einmalige Untersuchung durch einen zugelassenen Augenoptiker in Kanada. Hinweis: Die Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen werden NICHT gedeckt.
6. **Warzenbehandlung:** Gebühren für die **Behandlung** von Warzen jeder Art bis zu einer Maximalleistung von 750 \$.
7. **Diabetes- oder Asthma-Zubehör:** Gebühren für
 - a) Diabetes-Zubehör, einschließlich Spritzen, Teststreifen und Insulin, sind bis zu einer Maximalleistung von 500 \$ abgedeckt; oder
 - b) Asthma-Zubehör für die Behandlung von Asthma sind bis zu einer Maximalleistung von 500 \$ abgedeckt.
8. **Nicht dringende Pflege:** Kosten für die fortlaufende Erhaltungstherapie einer bestehenden oder chronischen Erkrankung bis zu einem Höchstbetrag von 5.000 \$.
 - Diese Leistung gilt nicht für Operationen oder medizinische Eingriffe.
 - Diese Leistung gilt nur für Krankheitszustände, die nicht anderweitig in dieser Police abgedeckt sind.
9. **Medizinische Beratungen:** Kosten für Beratungen mit einem zugelassenen **Arzt** oder einer anderen geeigneten zugelassenen medizinischen Fachkraft im Zusammenhang mit Medikamenten zur Geburtenkontrolle, der „Pille danach“, der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder der Behandlung von Akne bis zu einem Höchstbetrag von 200 \$ für die erste Beratung im Zusammenhang mit jeder dieser Behandlungen.
 - Diese Leistung umfasst nicht die Kosten für Medikamente, unabhängig davon, ob ein Rezept erforderlich ist.
10. **Sozialarbeiter:** Kosten für ambulante Beratungsgespräche mit einem zugelassenen Sozialarbeiter bis zu einem Höchstbetrag von 500 \$. Dienstleistungen, die von **Ihnen**, einem **Familienmitglied** oder jemandem, der normalerweise bei **Ihnen** wohnt, geleistet werden, sind nicht abgedeckt.
11. **Tests auf sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionen:** Gebühren für wahlweise Beratung, Vorsorgeuntersuchungen oder Tests auf sexuell übertragene Krankheiten oder sexuell übertragene Infektionen, die in Kanada durchgeführt werden, sind bis zu einem Höchstbetrag von 100 \$ abgedeckt.
12. **Beratung bei Drogenmissbrauch:** Bei Abschluss eines Versicherungsschutzes für mindestens 90 aufeinanderfolgende Tage werden bis zu 200 \$ pro Sitzung für bis zu drei Beratungssitzungen in Bezug auf Alkohol- oder Drogenabhängigkeit mit einer qualifizierten, zugelassenen Fachkraft übernommen. Diese Leistung beinhaltet nicht die Aufnahme in ein Behandlungsprogramm, das über die drei Beratungssitzungen hinausgeht. Dienstleistungen, die von **Ihnen**, einem **Familienmitglied** oder jemandem, der normalerweise bei **Ihnen** wohnt, geleistet werden, sind nicht abgedeckt.
13. **Privatlehrer:** Falls **Sie** innerhalb von 100 Tagen als Folge einer abgedeckten **Krankheit** oder **Verletzung** an das **Krankenhaus**, eine Reha-Einrichtung oder **Ihr** zu Hause gebunden sind und diese Bindung mindestens 30 aufeinanderfolgende Schultage andauert, so werden **wir** vom ersten Tag der Bindung an Ihre tatsächlichen Kosten für Privatunterricht durch einen qualifizierten Lehrer bis zu einem Höchstbetrag von 20 \$ pro Stunde und insgesamt 2.000 \$ zahlen.
14. **AccessAbility (Barrierefreiheit) – Defekte an Korrekturgeräten, Fehlfunktion und Diebstahlschutz:** Wird ein von **Ihnen** benötigtes **Korrekturgerät** gestohlen und nicht wiederhergestellt, oder es tritt eine Fehlfunktion oder ein Defekt auf, die sich bemerkbar machen, solange **Sie** im Rahmen dieser Versicherungspolice versichert sind und das benötigte **Korrekturgerät** unbrauchbar macht, zahlen **wir** eine Maximalleistung von bis zu 2.500 \$, um **Ihr Korrekturgerät** zu ersetzen oder zu reparieren. **Wir** bezahlen nicht für Mängel oder Fehlfunktionen, für die die Herstellergarantie gilt.
 - Diese Leistung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des **Anspruchswalters**.

C. LEISTUNGEN BEI TÖDLICHEM UNFALL & VERLUST VON GLIEDMASSEN

Wann Leistungen anwendbar sind

Falls **Sie** während **Ihres Versicherungszeitraums** sterben oder eine **Verletzung** erleiden.

Was wir abdecken und was wir zahlen

1. **Personenschaden:** Falls **Sie** innerhalb von 90 Tagen nach einem **Unfall** sterben oder als Folge dieses **Unfalls** dauerhaft behindert sind, so werden **wir** die Leistung zahlen, die unten in der **Verlustliste** aufgeführt ist.

Verlustliste

Verlust des Lebens.....	50.000 \$
Verlust von zwei oder mehr Gliedern	50.000 \$
Sehverlust beider Augen.....	50.000 \$
Verlust eines Gliedes und Sehverlust eines Auges.....	50.000 \$
Verlust eines Gliedes.....	25.000 \$
Sehverlust eines Auges.....	25.000 \$

„Verlust eines Gliedes“ bedeutet Ablösung der Hand oder des Fußes am oder oberhalb des Handgelenks oder des Sprunggelenks oder vollständige irreversible Lähmung. „Sehverlust“ muss vollständig und nicht wiederherstellbar sein.

AUSGESETZTSEIN UND VERSCHWINDEN – Falls **Sie** nicht innerhalb eines Jahres nach folgenden Ereignissen gefunden werden:

- a) dem Verschwinden, Sinken oder der Zerstörung **Ihres** Reisemittels; oder
- b) das Gebäude, indem **Sie** sich befinden, wird zerstört; dann werden **wir** annehmen, dass **Sie** als Folge einer **Unfallverletzung** verstorben sind und die Leistung wird bei Verlust des Lebens anwendbar.

Falls **Sie** aufgrund eines **Unfalls** den Elementen ausgesetzt sind und werden aufgrund dieses Ausgesetztseins verletzt, so wird diese Leistung anwendbar.

Falls mehr als ein Schaden aus einem **Unfall** entsteht, so werden **wir** nur von den oben aufgeführten Leistungen die höchste Leistung zahlen. Für Schäden, die oben nicht aufgeführt sind, fallen keine Leistungszahlungen an.

2. **Transportunternehmen:** Falls **Sie** als Folge einer **Verletzung** sterben, die eintrat, während **Sie** sich als zahlender Fahrgast auf folgenden Transportmitteln befanden:
 - a) jeglicher Art öffentlicher Verkehrsmittel; oder
 - b) auf einem Linienflug in einem Flugzeug oder Hubschrauber
 Beträgt die Leistung für den Verlust des Lebens 100.000 \$.

Hinsichtlich der Leistungen 1 und 2 in diesem Abschnitt ist die maximale Haftbarkeit des **Unternehmens** im Rahmen jeglicher GuardMe-Police in Bezug auf jeglichen Einzelvorfall in der Summe auf 1.250.000 \$ beschränkt. Dieser Betrag wird proportional unter allen anspruchsberechtigten Antragstellern geteilt.

3. **Traumaberatung:** Wenn **Sie** einen versicherten Schaden erleiden, der in der **Verlustliste** aufgeführt ist (außer Verlust des Lebens) und zwar innerhalb von 90 Tagen ab dem Datum eines **Unfalls**, der während des **Versicherungszeitraums** eingetreten ist, zahlen **wir** bis zu zehn Sitzungen einer Traumaberatung.

AUSSCHLÜSSE

Wir übernehmen keine Kosten, die sich direkt oder indirekt aus Folgendem ergeben:

1. einer bereits **bestehenden Erkrankung**, die innerhalb von 90 Tagen unmittelbar vor **Ihrem Datum des Inkrafttretens** nicht **stabil** war. Dieser Ausschluss gilt nicht für Abschnitt B „**Medizinische Leistungen** (außer **Notfällen**)“;
2. jegliche(r) **Krankheit, Verletzung** oder **Krankheitszustand**, die bzw. der **unserer** Ansicht nach dazu hätte führen sollen, dass **Sie** in den 90 Tagen unmittelbar vor **Ihrem Datum des Inkrafttretens** medizinischen Rat, Diagnose oder **Behandlung** einholen. Dieser Ausschluss gilt nicht für die Leistung „Nicht dringende Pflege“.
3. jegliche **Behandlung**, die zur Stabilisierung einer chronischen **Krankheit** oder Leidens verabreicht wurde (mit Ausnahme der Leistungen für nicht dringende Pflege oder anderer Leistungen dieser Police);
4. Besuche zwecks Neuverschreibung von **Medikamenten** (sofern sie nicht ausdrücklich im Rahmen einer Leistung dieser Police vorgesehen sind);
5. Tests oder Untersuchungen, die Teil einer normalen Behandlung sind (sofern sie nicht ausdrücklich im Rahmen einer Leistung dieser Police vorgesehen sind);
6. jegliche Rehabilitierungskosten. Dieser Ausschluss gilt nicht für die Leistung „Nicht dringende Pflege“;
7. **Behandlung** angeborener oder genetischer Erkrankungen oder Leiden. Dieser Ausschluss gilt nicht für die Leistung „Nicht dringende Pflege“;
8. wahlweise **Behandlung** oder **Behandlung**, die nicht für die sofortige Linderung von Schmerz und Leiden erforderlich ist oder die vernünftigerweise hinausgeschoben werden könnte, bis **Sie** in **Ihr Heimatland** zurückkehren. Dieser Ausschluss gilt nicht für Abschnitt B „**Medizinische Leistungen** (außer **Notfällen**)“.
9. eine **Verletzung** oder **Krankheit**, für die **wir** verlangt haben, dass **Sie** zur **Behandlung** in **Ihr Heimatland** zurückkehren, um sich im Rahmen dieser oder einer früheren Police behandeln zu lassen;

10. Medikamente, die nicht für die **Notfallbehandlung** erforderlich sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf:
 - a) nicht verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Paracetamol oder Mittel gegen Erkältung/Allergien); oder
 - b) Fertilitätsmedikamente; oder
 - c) Verhütungsmittel; oder
 - d) Medikamente zur Behandlung von Erektionsschwierigkeiten; oder
 - e) Haarwuchsmedikamente; oder
 - f) Medikamente zur Abgewöhnung des Rauchens; oder
 - g) Schutzimpfungen (außer wie im Einzelnen unter der Leistung „Impfschutz“ dargelegt); oder
 - h) Vitaminpräparate, Nahrungsergänzungsmittel oder entsprechende Injektionen; oder
 - i) **Medikamente**, die zur Vorbeugung oder zum Erhalt gegeben wurden;
11. plastische oder kosmetische Operationen, außer:
 - a) als Folge einer versicherten **Verletzung**; oder
 - b) als Folge von Ersatz, Extraktion oder Reparatur einer vorhandenen Prothese; oder
 - c) wie unter der Leistung „AccessAbility (Barrierefreiheit)“ dargelegt;
12. jegliche Kosten, die wie folgt entstehen:
 - a) außerhalb des **Versicherungszeitraums**; oder
 - b) während **Sie** sich in **Ihrem Heimatland** befinden (außer, wie in „Versicherungsschutz für Ausflüge außerhalb Kanadas“ auf Seite 2 beschrieben); oder
 - c) bei jeglichen **Verletzungen**, die während des **Versicherungszeitraums** in **Ihrem Heimatland** eintreten oder **Krankheiten**, die dort begannen, dort diagnostiziert oder **behandelt** wurden;
13. Selbstmord, Selbstmordversuch, selbst zugefügte Verletzungen, psychische oder emotionale Störungen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Stress, Angstzustände, Panikattacken, Depressionen, Essstörungen/Gewichtsstörungen) oder psychiatrische **Behandlung**. Dieser Ausschluss gilt nicht für den Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik, **Psychiatergebühren** oder Leistungen der Psychotherapie;
14. **Ihre** Handlungen, während sie durch **Medikamente**, Drogen, Alkohol oder Rauschmittel beeinträchtigt oder beeinflusst werden; jeglicher medizinischer Anspruch im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Drogen oder Alkohol. Dieser Ausschluss gilt nicht für den Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik, **Psychiatergebühren** oder Leistungen der Psychotherapie oder Beratung zum Drogenmissbrauch. Unter der Voraussetzung, dass ein Versicherungsschutz für mindestens 90 Tage abgeschlossen wurde, gilt dieser Ausschluss nicht für die ersten 25.000 \$ eines Anspruchs;
15. **Ihr** Betreiben eines ausgeliehenen Fahrzeugs jeglicher Art;
16. Transplantationen jeglicher Art;
17. Teilnahme am Profi-Sport;
18. Teilnahme an motorisierten Rennwettkämpfen;
19. Betreiben eines Flugzeugs jeglicher Art oder das Reisen als Passagier auf einem nichtgewerblichen Flug;
20. den Betrieb motorisierter Transporte zu Lande oder zu Wasser ohne eine für den Einsatzbereich gültige Lizenz;
21. **Verletzung, Krankheit** oder Tod, welche verursacht wurden, während **Sie**:
 - a) in der Ausbildung oder im Dienst als Mitglied jeglicher Streitkräfte sind; oder
 - b) aktiv an einem Kriegskonflikt teilnehmen; oder
 - c) an krimineller Aktivität teilnehmen.
 Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn **Sie** innerhalb von 48 Stunden nach Beginn kriegsähnlicher Handlungen eine **Verletzung** erleiden und an diesen Handlungen nicht aktiv teilgenommen haben;
22. jegliche Vorauszahlungs-, Hinterlegungs-, Zins-, Finanzierungs-, Zahlungsverzugs- oder Verwaltungsgebühren;
23. **Verletzungen** oder **Krankheiten**, die mit einem Reisehinweis verbunden sind, der entweder von der kanadischen Regierung oder der Regierung **Ihres Heimatlandes** vor dem Abreisetermin des Ausflugs herausgegeben wurde und der für ein Land, eine Region oder eine Stadt am Zielort Ihres Ausflugs in Kraft war oder noch in Kraft ist. Dieser Ausschluss gilt nur für Ausflüge außerhalb von Kanada;
24. Reisen entgegen dem medizinischen Rat eines **Arztes** oder zur Erlangung einer ärztlichen **Behandlung**;
25. jegliche:
 - a) medizinischen Untersuchungen oder Tests für Einwanderungs-, Arbeits- oder Reisezwecke; oder
 - b) ärztliche Atteste; oder
 - c) ausgefüllte Formulare oder Dokumente;
26. **Ihr** Nichtbeachten oder Nichtbefolgen der **ärztlichen** Ratschläge, **Behandlungen** oder empfohlenen **Behandlungen**.

Ausschlüsse 1 bis 26 gelten nicht für die Leistungen „Rückführung sterblicher Überreste“ (A13) oder „Beerdigung im Gastland“ (A14).

Abtretung von Leistungen: In den Fällen, wo das **Unternehmen** Ausgaben oder Leistungen an **Sie** oder in **Ihrem** Namen im Rahmen dieser Police gezahlt hat, hat das **Unternehmen** das Recht, jegliche **Ihnen** zustehende Leistungen aus jeglichen Quellen oder jeglicher Versicherungspolice auf eigene Kosten zurückzufordern. Diese Police ermöglicht dem **Unternehmen** auch, qualifizierte Zahlungen von diesen Parteien in **Ihrem** Namen zu erhalten, zu bestätigen oder zu verhandeln.

Autopsie: Im Fall **Ihres** Todes kann das **Unternehmen** eine Untersuchung oder Autopsie verlangen. Dies unterliegt den anwendbaren Gesetzen bezüglich Autopsien.

Duplikate von Versicherungspolice: Wenn **Ihnen** mehr als ein Police ausgestellt wird, sind die Leistungen auf den Höchstbetrag beschränkt, der im Rahmen jeweils einer Police zu zahlen ist und es wird eine Rückerstattung für doppelte Versicherungspolice gewährt.

Eidesstattliche Erklärungen: Bezüglich jeglicher eingereichter Anspruchsdokumente haben **wir** das Recht, zu verlangen, dass diese eidesstattlich versichert werden, und **Sie** unter Eid verhören zu lassen.

Geltendes Recht: Diese Versicherungspolice unterliegt den Gesetzen der Provinz oder dem Gebiet, wo diese Versicherungspolice erstellt wurde. Jede Klage oder Verfahren gegen das **Unternehmen** zur Rückvergütung von Ansprüchen im Rahmen dieser Police muss innerhalb von 2 Jahren nach dem Datum beginnen, an dem der Klagegrund entstanden ist. Falls jedoch diese Einschränkung gemäß den Gesetzen der Provinz oder des Gebiets, wo diese Versicherungspolice ausgestellt wurde, ungültig ist, müssen **Sie** innerhalb der kürzesten nach den Gesetzen dieser Provinz oder dieses Territoriums zulässigen Frist rechtliche Schritte einleiten. Trotz jeglicher anderer in dieser Versicherungspolice enthalten Bestimmungen unterliegt diese Versicherungspolice den gesetzlichen Bestimmungen des Versicherungsgesetzes bezüglich der Verträge über die Unfall- und Krankenversicherung.

Haftungsbeschränkung: Die Haftbarkeit des **Unternehmens** im Rahmen dieser Police ist einzig auf die Zahlung von qualifizierten Leistungen beschränkt und zwar bis zu der Höchstsumme für den entsprechenden Schaden oder die entsprechenden Kosten. Nach erfolgter Auszahlung im Rahmen dieser Police sind das **Unternehmen** und/oder der **Anspruchsverwalter** nicht für die Verfügbarkeit, Qualität oder Ergebnisse einer medizinischen **Behandlung** oder **Ihr** Versäumnis, eine medizinische **Behandlung** oder einen Transport zu erwirken, verantwortlich und haften nicht für Fahrlässigkeit, Vergehen oder Unterlassungen jeglicher Dienstleister.

Koordination der Leistungen: Jede im Rahmen dieser Richtlinie geleistete Zahlung wird mit anderen Plänen koordiniert, die sekundären Versicherungsschutz bieten, so dass der Gesamtbetrag der im Rahmen aller Versicherungspolice oder Pläne zu zahlenden Leistungen 100 % der angefallenen erstattungsfähigen Kosten nicht übersteigt.

Krankensachen: Im Anspruchsfall erklären **Sie** sich damit einverstanden, **uns** Zugriff auf alle für **Ihren** Anspruch relevanten Krankensachen oder Unterlagen von einem zugelassenen **Arzt, Zahnarzt, Mediziner, Krankenhaus, einer Klinik, einem Versicherer, einer Einzelperson, einer Einrichtung** oder einem anderen Dienstanbieter zu gewähren, die sich auf die Gültigkeit **Ihres** Anspruchs beziehen.

Kündigung durch uns: **Wir** können diesen Vertrag jederzeit durch eine schriftliche Kündigungserklärung an **Sie** kündigen. Nicht in Anspruch genommene Prämien werden zurückerstattet, wenn keine Ansprüche bezahlt oder ausstehend sind. Die Aufkündigung kann per Post, Fax oder E-Mail an **Sie** oder **Ihrem** autorisierten Vertreter gesendet werden. Es wird eine Kündigungsfrist von fünf Tagen zum Versanddatum, Fax oder E-Mail erteilt.

Medizinische Untersuchung: Wird ein Anspruch geltend gemacht, so behält sich das **Unternehmen** das Recht vor, von **Ihnen** zu verlangen, dass **Sie** sich an einem Ort und von einem **Arzt** untersuchen lassen, der nach Ermessen des **Unternehmens** genehmigt ist.

Nichteinhaltung der Verpflichtungen: **Wir** können wahlweise Zahlungen einschränken oder verweigern, wenn:

- a) **Sie** oder die Partei, die sich um die Zahlung kümmert, bei der Erfüllung jeglicher **Ihnen** obliegender Verpflichtungen nachlässig ist und daher die Interessen des **Unternehmens** verletzt hat;
- b) Tatsachen wurden:
 - i. falsch oder unzureichend zur Verfügung gestellt; oder
 - ii. falsch dargestellt; oder
 - iii. verfälscht.
- c) **Sie** versäumen es, sich sofort einer **Behandlung** zu unterziehen und nach Erleiden einer **Verletzung** oder **Krankheit** ärztlichen Rat, Verschreibungen und Anweisungen zu befolgen.

Prämienzahlung: Die Prämie wird anhand der Prämienätze an dem Datum berechnet, an dem **Sie** den Versicherungsschutz beantragen, basierend auf **Ihrem** Alter zum **Datum des Inkrafttretens**. Die volle Prämie ist fällig und zahlbar, wenn **Sie** die Versicherung beantragen. Wenn die für den beantragten Versicherungsschutz gezahlte Prämie aus irgendeinem Grund nicht korrekt ist, werden **wir**:

- a) die Differenz berechnen und einziehen; oder
- b) den **Versicherungszeitraum** verkürzen, falls eine Unterbezahlung der Prämie nicht eingezogen werden kann; oder
- c) jegliche Überzahlung zurückerstatten.

Der Versicherungsschutz ist ungültig, wenn aus jeglichem Grund **Ihre** Zahlung vom Finanzinstitut nicht eingelöst wird. **Wir** behalten uns das Recht vor, einen Antrag auf Versicherung abzulehnen.

Rückerstattung der Prämie: Außer dem zehntägigen Recht auf Prüfung, werden Rückerstattungen anteilig berechnet und zwar von dem Datum an, an dem **Ihr** schriftlicher Antrag postalisch datiert ist oder von dem Datum an, an dem ein solcher Antrag per Fax oder E-Mail vom **Anspruchsverwalter** empfangen wird. Wenn diese Versicherungspolice vor dem **Datum des Inkrafttretens** gekündigt wird, erhalten **Sie** eine vollständige Rückerstattung der gezahlten Prämien. Wenn diese Versicherungspolice aus anderen Gründen oder nach dem **Datum des Inkrafttretens** storniert wird, so fällt eine Verwaltungsgebühr von 25 \$ an. Alle Rückerstattungen unterliegen einer Mindestrückerstattungssumme von 10 \$. Falls gegen die Police oder gegen die 90-Tage GHIP-Ersatz-Versicherungsschutz für zurückkehrende Kanadier ein Anspruch besteht, so werden keine Rückerstattungen gezahlt. Diese Police ist nicht übertragbar. Für alle Rückerstattungen gilt eine Wartefrist.

Sekundärer Versicherungsschutz: Die Leistungen in dieser Police sind über die in einer anderen gültigen und eintreibbaren Versicherungspolice oder einem gültigen Versicherungsplan verfügbaren Leistung hinaus zahlbar, unter der **Sie** zu Ansprüchen berechtigt sind - einschließlich, aber nicht beschränkt auf - eine staatliche Krankenversicherung, ein Gruppen- oder Personenschaden und Krankenversicherung, eine erweiterte Krankenversicherung, eine Kfz-Versicherung oder andere Leistungen, Eigenheimbesitzer-, Mieter- oder andere Mehrfachversicherungen, Kreditkartenleistungsvericherungen und andere Reiseversicherungen.

Insbesondere für Verletzungen, die als Folge eines Automobilunfalls in Ontario entstehen, falls **Sie** unter der Tabelle „**Unfallleistungen**“ unter dem Versicherungsgesetz von Ontario als schwerstbehindert bezeichnet werden, nachdem unter dieser Police Leistungen gezahlt wurden, sind solche Leistungen zusätzlich zu der Tabelle „**Unfallleistungen**“ zu sehen und das **Unternehmen** ist berechtigt, sich auf die Bestimmung „Übertragung von Leistungen“ unter dieser Police zu berufen, um die unter dieser Police gezahlten Leistungen zurückzuerlangen.

Verlängerung des Versicherungsschutzes:

- Automatische Verlängerung: **Ihre** Versicherung wird automatisch über **Ihr** auf der **Police-Bestätigung** aufgeführtes **Ablaufdatum** hinaus fortgesetzt und zwar um:
 - a) 72 Stunden, falls **Ihr** planmäßiges Transportunternehmen oder Privatfahrzeug durch mechanisches Versagen, Verkehrsunfall oder schlechtes Wetter verspätet ist; oder
 - b) die Zeitdauer, für die **Sie** aus medizinischen Gründen nicht reisefähig sind, einschließlich **Ihres** stationären Aufenthalts in einem **Krankenhaus**, plus 72 Stunden. Diese automatische Verlängerung findet keine Anwendung, falls **Ihr** Aufenthalt als stationärer Patient die Folge eines psychischen Leidens ist und **Sie** die Höchstgrenze für Leistungen bei einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik überschritten haben.
- Fortsetzung nach Abreise: Falls **Sie** sich entscheiden, **Ihren Versicherungszeitraum** nach **Ihrem** Startdatum zu verlängern, kontaktieren **Sie** bitte den **Anspruchsverwalter**. **Wir** werden **Ihren** Versicherungsschutz unter dieser Police über **Ihr Ablaufdatum** hinaus fortsetzen, solange:
 - a) **Ihre** Police nicht abgelaufen ist; und
 - b) der **Versicherungszeitraum**, einschließlich jeglicher Verlängerungen, 365 Tage nicht überschreitet; und
 - c) **Sie** zahlen jegliche zusätzlichen, geforderten Prämien für eine solche Verlängerung.

Alle Verlängerungen unterliegen der Zustimmung durch den **Anspruchsverwalter** oder das **Unternehmen**.

Verschleierung und Falschdarstellung: Der gesamte Versicherungsschutz wird ungültig, falls vor, während oder nach einem Schaden erhebliche Gefahrentatsachen oder Umstände, die sich auf diese Police beziehen, verschleiert oder falsch dargestellt wurden.

Versicherungssummen: Die in der Police beschriebenen Versicherungssummen gelten für einen Zeitraum von 365 Tagen, mit Ausnahme der Leistungen für den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (A6) und den Leistungen für **Psychiatergebühren** (A7), für die es eine **lebenslange Höchstleistung** gibt. Unabhängig von der Anzahl an Versicherungspolicen, die **Sie** während eines Zeitraums von 365 Tagen erwerben, erneuern sich die Versicherungssummen nicht, bis die 365 Tage ab **Datum des Inkrafttretens** der Originalpolice verstrichen sind und dann am Jahrestag in jedem darauffolgenden Jahr.

Vertragsänderungen: Diese Police ist ein rechtlich wirksamer Vertrag zwischen **Ihnen** und **uns**. Diese Police, einschließlich jeglicher Zusätze und angehängter Dokumente, stellen den gesamten Vertrag dar. Änderungen an dieser Police sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich durch einen **unserer** Angestellten genehmigt wurden. Kein Vertreter hat das Recht, diese Police zu ändern oder jegliche ihrer Bestimmungen auszuschließen.

Währung: Alle Prämien und Leistungen im Rahmen dieser Police werden in kanadischer Währung ausbezahlt und zwar auf Basis des Wechselkurses an dem Tag, an dem die Kosten bezahlt wurden und der von einem vom **Anspruchsverwalter** ausgewählten Finanzinstitut angegeben wurde. **Wir** können einen Anspruch auf Leistungen nach **unserer** Wahl in der Währung zahlen, in der der Verlust eingetreten ist.

Wiederherstellungsrecht: Falls festgestellt wird, dass **Sie** nicht für Versicherungsschutz qualifiziert sind, eine Leistung irrtümlich gezahlt wurde, eine Zahlung über den Betrag hinaus erfolgte, der im Rahmen der Bestimmungen dieser Police erlaubt ist, festgestellt wurde, dass ein Anspruch ungültig ist oder Leistungen in Übereinstimmung mit Bestimmungen der Police reduziert werden, so haben **wir** das Recht, von **Ihnen** jegliche Summen einzufordern, die **wir** in **Ihrem** Namen an medizinische Dienstleister und andere Parteien gezahlt haben oder von **Ihnen**, **Ihrem** Vermögen, jeglicher Einrichtung, einem Versicherer oder demjenigen, an den die Zahlung erfolgte, eine Erstattung anzustreben.

Wiederherstellungsrecht: Falls **Ihnen** durch Dritte ein Schaden entsteht, so haben **wir** das Recht, **Ihre** Rechte auf Rückvergütung gegen Dritte auf uns übergehen zu lassen (Forderungsübergang) und zwar für jegliche Leistungen, die an **Sie** oder in **Ihrem** Namen zahlbar werden und wir werden, auf **unsere** Kosten und in Ihrem Namen, die nötigen Dokumente ausfertigen und gegen die Dritte vorgehen, um solche Zahlungen einzutreiben. Nach dem Schaden dürfen **Sie** keine Handlungen unternehmen oder Dokumente ausfertigen, die **unser** Recht auf eine solche Rückvergütung gefährden.

BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

Ablaufdatum bedeutet das Datum, an dem **Ihr** Versicherungsschutz unter dieser Versicherungspolice endet.

Angemessen und üblich sind die Beträge, die normalerweise für **Behandlungen**, Dienstleistungen oder Lieferungen in Rechnung gestellt werden, um die angemessene Behandlung für die Schwere des zu **behandelnden** Zustandes an dem geografischen Ort zu leisten, an dem die **Behandlung**, Dienstleistungen oder Lieferungen erbracht werden.

Anspruchsverwalter ist die Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. unter dem Firmennamen guard.me International Insurance(GuardMe).

Arzt ist eine Person, die nicht **Sie** oder **Ihr Familienmitglied** ist und die amtlich zugelassen ist, Medizin in der Gerichtsbarkeit zu praktizieren, in der die Dienstleistungen erbracht werden, sowie medizinische **Behandlungen** zu verschreiben und zu verabreichen.

Behandeln, behandelt oder Behandlung bedeutet ein medizinisches Verfahren, das von einem **Arzt** für einen **Krankheitszustand** verschrieben, durchgeführt oder empfohlen wird. Das schließt ein, ist jedoch nicht beschränkt auf verschreibungspflichtige **Medikamente**, Untersuchungen und Tests sowie Operationen.

Bereits bestehende Erkrankung ist ein **Krankheitszustand**, der bereits vor **Ihrem Datum des Inkrafttretens** bestand.

Datum des Inkrafttretens ist das Datum, an dem **Ihr** Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungspolice beginnt (siehe Seite 1 – **Versicherungszeitraum**).

Familienmitglied bedeutet Ehepartner, Elternteil, Stiefelternteil, Großelternteil, Schwägereltern, natürliches oder adoptiertes Kind, Bruder, Schwester, Stiefbruder, Stiefschwester, Tante, Onkel, Nichte oder Neffe.

Heimatland bedeutet das Land, in dem **Sie** vor **Ihrer** Ankunft in Kanada einen permanenten Wohnsitz hatten.

Korrekturgerät bezeichnet ein Gerät, das **Sie** auf Anweisung eines **Arztes** zur Behebung einer körperlichen Beeinträchtigung benötigen und ohne das es eine körperliche Unmöglichkeit für **Sie** wäre, **Ihr** Studium oder **Ihre** Lehrverantwortung an der Bildungseinrichtung, in der **Sie** eingeschrieben oder tätig sind, fortzusetzen. Zu den „**Korrekturgeräten**“ zählen Prothesen, Rollstühle, Blindenhunde und Hörgeräte, jedoch KEINE Brillen.

Krankenhaus ist eine Einrichtung, die zugelassen, mit Personal ausgestattet und in Betrieb ist, um stationäre und ambulante Patienten zu versorgen und zu **behandeln**. Die **Behandlung** muss durch **Ärzte** beaufsichtigt werden und es müssen rund um die Uhr Krankenschwestern im Dienst sein. Es müssen in den Räumlichkeiten auch Diagnosen und Operationen durchgeführt werden können oder in Anlagen, die von der Einrichtung kontrolliert werden. Ein **Krankenhaus** ist keine Einrichtung, die hauptsächlich als Ambulanz, erweiterte oder palliative Pflegeeinrichtung, Sucht**behandlungs**zentrum, Genesungs-, Ruhe- oder Altenpflegeheim, Seniorenheim oder Kureinrichtung verwendet wird.

Krankheit ist das plötzliche Auftreten eines Leidens oder einer Erkrankung, die zum ersten Mal auftritt, während diese Versicherung in Kraft ist, und die ernsthaft genug ist, um **Sie** **notfallmedizinisch behandeln** zu lassen.

Krankheitszustand bedeutet jegliche Krankheit, Erkrankung oder **Verletzung**, einschließlich Symptome nicht diagnostizierter Leiden.

Lebenslange Höchstleistung bedeutet das Leistungslimit, das sich auf alle **GuardMe**-Policen bezieht, die jemals für **Sie** ausgestellt wurden. Diese Summe setzt sich nicht mit jeder neuen Police zurück.

Medikament ist ein Arzneimittel, das für die **Behandlung** oder Linderung einer **Notverletzung** oder **-erkrankung** als **medizinisch notwendig** erachtet wird und nur auf **ärztliche** oder **zahnärztliche** Verschreibung erhältlich ist.

Medizinisch notwendig sind die Dienstleistungen oder Materialien, die **Ihnen** zur Verfügung gestellt werden und die zur Feststellung oder Behandlung **Ihrer Notfallerkrankung** oder **-verletzung** erforderlich sind und die zur Linderung akuter Schmerzen oder Leiden nötig sind; oder in Bezug auf **Krankenhausleistungen**, die **Ihnen** nicht gefahrlos ambulant erbracht werden können.

Notfall bedeutet jede unerwartete **Krankheit** oder **Verletzung**, die zum ersten Mal während des **Versicherungszeitraums** auftritt und eine sofortige medizinische **Behandlung** erfordert, um akute Schmerzen und Leiden zu lindern. Ein **Notfall** besteht dann nicht länger, wenn sich **Ihr** Zustand stabilisiert hat oder, wenn medizinische Befunde, die von **unserem** medizinischen Sachverständigen oder **Ihrem** behandelnden **Arzt** vor Ort eingeholt wurden, bestätigen, dass **Sie** zwecks **Weiterbehandlung** in **Ihr Heimatland** zurückkehren können.

Police-Bestätigung bedeutet das Dokument, das den Versicherungsschutz bestätigt, den **Sie** abgeschlossen haben. Es führt **Ihre** Police-Nummer, **Ihr** Abschlussdatum, **Ihr Datum des Inkrafttretens** und **Ihr Ablaufdatum** an. Dieses Dokument legt **Ihren Versicherungszeitraum** fest und ist ein fester Bestandteil des Vertrags.

Psychiater bezeichnet einen qualifizierten Arzt der Psychiatrie, der zur Ausübung der Psychiatrie an dem Ort ordnungsgemäß zugelassen ist, an dem psychiatrische Leistungen erbracht werden, jedoch nicht **Sie** oder eins Ihrer **Familienmitglieder**.

Sie oder **Ihr** bedeutet jede berechnete Person, die einen Antrag und eine entsprechende Zahlung für den Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungspolice einreicht und die Annahme der Deckung von dem **Anspruchsverwalter** in Form einer Bestätigung oder einer gültigen Versicherungs-Ausweiskarte erhält.

Stabil: bedeutet ein **Krankheitszustand**, wobei:

1. keine neue **Behandlung** verschrieben oder empfohlen oder Änderung(en) an bestehender **Behandlung** (einschl. eine Beendigung der **Behandlung**) wurde; und
 2. es keine Änderung bezüglich bestehender verschreibungspflichtiger Medikamente (einschl. Erhöhung, Reduzierung oder Beendigung der verschriebenen Dosis) oder jegliche Empfehlung, ein neues verschreibungspflichtiges Medikament zu beginnen gibt; und
 3. der **Krankheitszustand** nicht schlimmer geworden ist; und
 4. es keine neuen Symptome gibt und diese nicht häufiger oder schlimmer geworden sind; und
 5. kein Krankenhausaufenthalt oder Überweisung zu einem Spezialisten vorliegt; und
 6. es keine empfohlenen Tests, Untersuchungen oder **Behandlungen**, die noch nicht abgeschlossen sind, und auch keine ausstehenden Testergebnisse; und
 7. es keine geplante oder ausstehende **Behandlung** gibt.
- Damit ein **Krankheitszustand** als **stabil** angesehen werden kann, müssen alle oben aufgeführten Bedingungen erfüllt sein.

Unfall/unfallbedingt bezeichnet ein plötzliches, unerwartetes, unvorhersehbares, unvermeidbares äußeres Ereignis, das direkt und unabhängig von allen anderen Ursachen zu körperlichen **Verletzungen Ihrer Person** während des **Versicherungszeitraums** führt.

Unternehmen, Wir, Uns, Unser(e) bedeutet **Old Republic Insurance Company of Canada**.

Verletzung bedeutet körperliche Schädigung **Ihrer Person** aufgrund eines **Unfalls**, der zum ersten Mal während des **Versicherungszeitraums** eintritt.
Versicherungs-Ausweiskarte erhält.

Versicherungszeitraum ist der Zeitraum vom **Datum des Inkrafttretens** bis zum **Ablaufdatum** (siehe Seite 1 – **Versicherungszeitraum**).

Zahnarzt bezeichnet einen qualifizierten Zahnarzt, der berechtigt ist, an dem Ort, an dem zahnärztliche Leistungen erbracht werden, Zahnmedizin zu praktizieren, jedoch nicht **Sie** oder eines **Ihrer Familienmitglieder**.

In dieser Police sollen Wörter oder Begriffe im Singular auch den Plural bedeuten und umgekehrt, es sei denn, es geht aus dem Kontext eindeutig anders hervor.

ANSPRUCHSVERFAHREN

1. **Sie müssen** die auf Seite 12 angegebene Notrufnummer anrufen **BEVOR Sie stationär im Krankenhaus aufgenommen werden für vorherige schriftliche Genehmigung, BEVOR Kosten für Folgendes entstehen:**

- Wichtige Diagnosetests
- Chirurgie
- Rückführung oder Beerdigung
- **Zahnverletzung**
- Lufttransport
- AccessAbility (Barrierefreiheit)

2. Zeigen **Sie Ihrem** medizinischen Dienstleister **Ihre GuardMe** Gesundheitszugangskarte und einen gültigen Lichtbildausweis.

3. Füllen **Sie** bei der erstmaligen **Behandlung** ein Antragsformular für jede neue **Krankheit** oder **Verletzung** aus. Nehmen **Sie** es bei **Ihrem** ersten Termin mit. Mit jeder ausgestellten Gesundheitszugangskarte werden Antragsformulare bereitgestellt. Eine Kopie Ihrer Gesundheitszugangskarte und/oder Ihres Antragsformulars erhalten **Sie** von **Ihrer Schule/Organisation** oder indem **Sie** sich in „My Account“ (mein Konto) auf der **GuardMe-Microsite Ihrer Schule** oder über **unsere Webseite www.guard.me** einloggen.

4. Melden **Sie** sich innerhalb von 30 Tagen nach den ersten medizinischen Kosten unter „My Account“ (mein Konto) auf der **GuardMe-Microsite Ihrer Schule** oder über **www.guard.me** an, um **Ihren** Anspruch elektronisch einzureichen. **Sie** können auch Ihr ausgefülltes Antragsformular an folgende Adresse senden:

**GuardMe Claims
80 Allstate Parkway
Markham, Ontario L3R 6H3 Kanada**

Alle eingereichten Ansprüche müssen folgendes enthalten:

- Ausgefülltes Antragsformular
- Spezifizierte Rechnungen und Quittungen im Original. Für paramedizinische Dienstleistungen müssen die Einzelrechnungen und Zahlungen für jeden Besuch eingereicht werden.
- Krankenberichte und Berichte der **Notfallambulanz**, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Labortestergebnisse, Röntgenaufnahmen, Operations- und Entlassungsberichte

Denken **Sie** daran, eine Kopie für Ihre Akten aufzubewahren.

5. Bei einem Todesfallanspruch muss der Begünstigte oder die andere berechtigte Person den **Anspruchsverwalter** anrufen, um den Anspruch zu melden. Die Einzelheiten des Anspruchs müssen mit einer Original-Sterbeurkunde oder einem anderen für **uns** akzeptablen Todesnachweis eingereicht werden.

In allen Anspruchsfällen müssen entweder **Sie**, eine begünstigte Person oder der Vertreter des einen oder anderen:

- a) eine schriftliche Erklärung über den Anspruch beim **Anspruchsverwalter** einreichen, einschließlich eines ausgefüllten Antragsformulars und aller Rechnungen im Original und zwar nicht später als 30 Tage ab dem Datum, an dem ein Anspruch vertragsgemäß entsteht; und
- b) innerhalb von 90 Tagen ab dem Datum, an dem ein Anspruch vertragsgemäß entsteht, dem **Anspruchsverwalter** einen unter den Umständen angemessenen

Beweis zukommen lassen; und

- c) falls entsprechend vom **Anspruchsverwalter** verlangt, ein zufriedenstellendes Zertifikat liefern, das die Ursache oder die Art des Schadens beschreibt, für den im Rahmen der Police ein Anspruch geltend gemacht wird.

Wird der Anspruch nicht innerhalb der oben angegebenen Frist angezeigt oder Nachweis geliefert, so erlischt der Anspruch nicht, wenn die Anzeige oder der Nachweis so bald wie möglich, spätestens jedoch ein Jahr nach dem Ereignis oder Unfall, erfolgt oder geliefert wird.

*Ansprüche können nur berücksichtigt werden, wenn das Antragsformular vollständig ausgefüllt und vom Antragsteller unterschrieben ist und mit allen im ORIGINAL erforderlichen Unterlagen eingereicht wird, die **uns** kostenfrei zur Verfügung zu stellen sind.*

Anspruchszahlungen

Wir werden alle versicherten Ansprüche nach Erhalt aller nötigen Informationen zahlen, die nötig sind, um **Ihren** Anspruch sorgfältig einzuschätzen.

Alle anspruchsberechtigten Erstattungen unterliegen einer Mindestrückerstattungssumme von 10 \$. Sollte eine Anspruchserstattung weniger als 10 \$ betragen, so wird die Summe bis zu der Zeit einbehalten, zu der die Summe aller eingereichten Ansprüche 10 \$ übersteigt.

Sie erhalten alle Leistungen, es sei denn, **Sie** geben **Ihr** Recht auf Zahlung direkt an den Dienstanbieter oder einen anderen genannten Abtretungsempfänger ab. Im Falle **Ihres** Todes werden alle Leistungen an den von **Ihnen** angegebenen Begünstigten gezahlt. Wenn ein Begünstigter nicht anderweitig von **Ihnen** benannt wird, werden die Leistungen an den ersten der folgenden überlebenden Präferenzempfänger gezahlt:

1. **Ihr** Ehepartner;
2. **Ihr** Kind oder Ihre Kinder gemeinsam;
3. **Ihre** Eltern gemeinsam, wenn beide leben, oder der überlebende Elternteil, wenn nur einer überlebt;
4. **Ihre** Geschwister gemeinsam; oder
5. **Ihr** Nachlass.

Bei Leistungszahlungen sind keine Zinsen vorgesehen.

VERFAHREN IM NOTFALL

Kontaktieren **Sie** die 24-Stunden-Notrufnummer gebührenfrei unter:

- Nordamerika – 1-888-756-8428
- Außerhalb Nordamerikas rufen **Sie** per R-Gespräche folgende Nummer an: +1 905-752-6230

1. und zwar innerhalb von 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme oder, falls dazu nicht in der Lage, so bald wie möglich;
2. für jede Leistung, für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist;
3. für jegliche Ausflüge, bevor JEGICHE medizinischen Kosten anfallen.

Wird der **Anspruchsverwalter** nicht entsprechend informiert, beschränkt sich unsere Haftung auf 50 % der angefallenen erstattungsfähigen Kosten.

DATENSCHUTZ

Das Unternehmen ist dazu verpflichtet, Ihre Daten zu schützen. Unsere Fähigkeit, Ihnen qualitativ hochwertige Versicherungsprodukte und -dienstleistungen zu bieten, hängt wesentlich von der Sammlung persönlicher Daten über Sie ab. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen werden nur für die Ermittlung Ihrer Anspruchsberechtigung für den Versicherungsschutz gemäß der Police verwendet, um Versicherungsrisiken einzuschätzen, Ansprüche zu verwalten und über diese zu entscheiden sowie Zahlungen an Dritte zu verhandeln oder abzurechnen. Diese Informationen können auch zur Entscheidung und Bearbeitung von Ansprüchen an Dritte weitergegeben werden, z. B. an andere Versicherungsunternehmen, Gesundheitsorganisationen und staatliche Krankenversicherungen. In dem Fall, dass wir Ihre Daten mit Dritten teilen müssen, die außerhalb Kanadas Geschäfte betreiben, besteht die Möglichkeit, dass diese Daten in den Besitz der Regierung des Landes kommt, in welcher diese Drittgeschäfte betreibt. **Wir** sind sehr darum bemüht, die Richtigkeit, Vertraulichkeit und Sicherheit Ihrer persönlichen Daten zu gewährleisten.

Unsere Datenschutzrichtlinie legt einen hohen Standard für das Sammeln, die Verwendung, die Offenlegung und Speicherung persönlicher Daten fest. Wenn Sie Fragen zur Datenschutzrichtlinie des Unternehmens haben, besuchen Sie bitte **www.orican.com/privacy** oder wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten **privacy@orican.com** oder telefonisch unter +1-800-530-5446.

Versicherungsschutz durch:

Old Republic Insurance Company of Canada
Box 557, 100 King Street West
Hamilton, Ontario L8N 3K9 KANADA

Jason Smith, CPA, CA
Präsident und Chief Executive Officer
April 2023
GuardMe K-12 042023

Tabelle B

GuardMe Haftpflichtversicherung für ausländische Studenten

Eine Million Dollar (1.000.000 \$) Maximalleistung

Bestimmte in dieser Versicherung verwendete, fettgedruckte Begriffe haben eine bestimmte Bedeutung und sind unten in Abschnitt V. BEGRIFFSERKLÄRUNGEN definiert.

I. VERSICHERUNGSSCHUTZ

Diese Versicherung nach Tabelle B ist für den **Versicherungszeitraum** der **GuardMe** Police bei vollständiger Zahlung der Prämie für diese Tabelle B eingeschlossen.

Diese Tabelle B bietet Versicherungsschutz für **Ihre gesetzliche Haftpflicht für Körperverletzungen** oder **Sachschäden** an den Räumlichkeiten oder Gütern der **Gastfamilie**, die sich durch **Ihre** persönlichen Handlungen, wie unten in II beschrieben, ergeben.

Wenn ein Gerichtsverfahren gegen **Sie** angestrengt wird, zahlen **wir** alle Beträge, zu deren Zahlung Sie aufgrund von **Körperverletzungen** oder **Sachschäden** an den Räumlichkeiten oder Gütern der **Gastfamilie**, die sich aus **Ihren** persönlichen Handlungen im Gastland ergeben, gesetzlich verpflichtet sind. Für den Versicherungsschutz gilt eine **Maximalleistung** von einer Million Dollar (1.000.000 \$) pro Zeitraum von 365 Tagen.

II. Hausrats- und Haftpflichtversicherung der Gastfamilie/Sonstiger anwendbarer Versicherungsschutz:

Dieser Versicherungsschutz gilt, solange **Sie** sich in **Ihrem Gastland** aufhalten. Wenn eine **Ihrer** Handlungen zu einem **erstattungsfähigen** Anspruch im Rahmen einer gültigen und eintreibbaren Hausrats- und Haftpflichtversicherung **Ihrer Gastfamilie** oder einer ähnlichen Versicherungspolice führt, die **Sachschäden** an **Ihrem** vorübergehenden Wohnsitz abdeckt, zahlen **wir** den entstandenen Schaden bis zur Höhe der Selbstbeteiligung im Rahmen der Hausrats- und Haftpflichtversicherung der **Gastfamilie** (oder einer ähnlichen Versicherungspolice), höchstens jedoch eintausend Dollar (1.000 \$) pro Zeitraum von 365 Tagen. **Wir** zahlen die Leistung gemäß dieser Bestimmung erst, nachdem **Sie uns** einen ordnungsgemäßen Nachweis über die Summe des entstandenen **Sachschadens** vorgelegt haben.

In Anbetracht auf die oben genannten Punkte I. und II., sind **Sie** bis zur **Maximalleistung** in Bezug auf folgende Dinge versichert:

1. Die vom Unternehmen genehmigte Entschädigung, die **Sie** für Vergleiche oder Gerichtsurteile zahlen müssen; und
2. Die damit verbundenen, vom Unternehmen vorab genehmigten Anwaltskosten für **Ihre** Vertretung in einem Gerichtsverfahren. Die rechtliche Vertretung muss durch eine oder mehrere Personen erfolgen, bei denen es sich nicht um **unmittelbare Familienmitglieder** handelt und die von **uns** vorab genehmigt wurden.

Die maximale Haftung des Unternehmens für jeglichen ausgehandelten Vergleich oder einen gerichtlichen Schiedsspruch ist der niedrigere Wert der folgenden:

1. Der ausgehandelte Vergleich oder der gerichtliche Schiedsspruch zuzüglich aller damit verbundenen Prozesskosten und Auslagen; oder,
2. Die **Maximalleistung**.

Für die Verteidigung gegen Anklagen, die nach dem Strafgesetzbuch oder ähnlichen Gesetzen gegen **Sie** erhoben werden, ist unsere Haftung für Rechtsverteidigungskosten auf einen Höchstbetrag von fünfundzwanzigtausend Dollar (25.000 \$) für alle **Ihre** Handlungen beschränkt, die angeblich während des **Versicherungszeitraums** dieser Versicherung erfolgt sind.

Wir werden **Sie** nur entschädigen, wenn:

1. Alle Anschuldigungen von den für die Erhebung der Gebühren zuständigen Behörden zurückgezogen werden, oder
2. **Sie** nach einem rechtskräftigen Urteil oder einer Gerichtsentscheidung für nicht schuldig befunden werden.

Wir haben das Recht, die Verteidigung in einem gegen **Sie** angestregten Gerichtsverfahren zu übernehmen und zu führen und in diesem Verfahren in **Ihrem** Namen zu verhandeln.

III. BEDINGUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN

1. Ohne **unsere** Zustimmung dürfen keine Eingeständnisse, Angebote, Versprechen oder Entschädigungen erteilt werden.
2. **Sie** sind verpflichtet, alle möglichen Schritte zu unternehmen, um den Schaden zu verhindern und zu minimieren; dazu gehört auch, dass Sie **uns** so schnell wie möglich benachrichtigen und alle Informationen zu den Umständen eines möglichen Anspruchs liefern.
3. **Sie** müssen alle von **uns** geforderten Informationen und Hilfestellungen zur Verfügung stellen. **Sie** müssen **uns** Kopien aller Briefe, Schriftsätze und anderer relevanter Dokumente und Materialien, die **Sie** erhalten haben, zur Verfügung stellen.
4. **Wir** können **Ihnen** in Bezug auf diese Versicherung nach **unserem** alleinigen Ermessen die geltende **Maximalleistung** abzüglich bereits gezahlter Beträge oder einen geringeren Betrag, für den der Anspruch/die Ansprüche beglichen werden kann/können, zahlen. **Wir** sind danach nicht mehr haftbar, mit der Ausnahme, dass **wir** in Fällen, in denen die **Maximalleistung** nicht gezahlt wurde, die von **uns** vorab genehmigten Anwalts- und Gerichtskosten bis zur Höhe der verbleibenden **Maximalleistung** übernehmen.
5. Die zu zahlenden Leistungen sind höher als alle Versicherungen des Gebäudeeigentümers, Mieters oder sonstigen Versicherungen und alle anderen Rückvergütungsmöglichkeiten. Wenn für **Sie**, **Ihre Gastfamilie** oder einen Dritten eine andere Versicherung für einen unter dieser Versicherung abgedeckten Schaden besteht, gehen **unsere** in dieser Versicherung genannten Verpflichtungen über diese Versicherung hinaus. In keinem Fall kommt diese Versicherung zur Anwendung, bevor nicht alle anderen Versicherungen ihre jeweiligen maximalen Versicherungsleistungen gezahlt haben.
6. **Sie** müssen **uns** zu dem Zeitpunkt benachrichtigen, an dem **Sie** erstmals von einer Klage/einem Anspruch gegen **Sie** erfahren. **Sie** können **uns** für schadenbezogene Fragen unter folgender Adresse kontaktieren: E-Mail: claims@zurich.com
Adresse: Zurich Canada
First Canadian Place, 100 King Street West Suite 5500,
P.O. Box 290
Toronto, Ontario M5X 1C9 Kanada
Telefonnummer für Kundenauskünfte: 1-866-345-3454
7. Geltendes Recht: Diese Versicherung unterliegt den Gesetzen der Provinz Ontario und unterliegt den Bestimmungen des *Insurance Act* (Versicherungsgesetzes) für in Ontario abgeschlossene Versicherungsverträge.
8. Sanktionen: Im Rahmen dieser Versicherung werden keine Leistungen für Verluste oder Ausgaben gezahlt, die aufgrund oder als Folge **Ihrer** Reise in ein sanktioniertes Land zum Zwecke von Geschäften oder Aktivitäten entstehen, die gegen kanadische oder andere anwendbare nationale Wirtschafts- oder Handelssanktionsgesetze oder -vorschriften verstoßen würden.

IV. AUSSCHLÜSSE

A. Es besteht kein Versicherungsschutz für jegliche vorgebrachten Ansprüche oder Handlungen, die sich aus folgenden Dingen ergeben oder daraus resultieren:

1. Krieg, Invasion, Handlungen ausländischer Feinde, Feindlichkeiten, Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand oder militärische Machtergreifung;
2. Jeglichen Ansprüchen, die direkt oder indirekt, ganz oder teilweise, aus Terrorismus oder aus einer Aktivität oder Entscheidung einer staatlichen Behörde oder einer anderen Einrichtung zur Verhinderung, Bekämpfung oder Beendigung terroristischer Aktionen resultieren, unabhängig von anderen Ursachen oder Ereignissen, die gleichzeitig oder in beliebiger Reihenfolge zu dem Verlust oder Schaden beitragen;
3. **Ihrer** Teilnahme an Aufständen oder Revolten;
4. Verwendung jeglicher Waffen;
5. **Körperverletzung** oder **Sachschäden**, die im Rahmen einer von der Nuclear Insurance Association of Canada oder einer anderen Gruppe oder einem Pool von Versicherern ausgestellten Kernenergie-Haftpflichtversicherung versichert werden müssen;
6.
 - a. sexuellem(r), körperlichem(r), psychologischem(r) oder emotionalem(r) Missbrauch oder Belästigung, einschließlich Körperstrafen, durch **Sie**, auf **Ihre** Anweisung oder mit **Ihrem** Wissen; oder
 - b. **Ihrer** Unterlassung, Schritte gegen sexuelle(n), körperliche(n), psychologische(n) oder emotionale(n) Missbrauch oder Belästigung, einschließlich Körperstrafen, einzuleiten;
7. Der Übertragung einer Krankheit durch **Sie**;
8. Schäden, die durch die Begehung oder den Versuch der Begehung einer vorsätzlichen, rechtswidrigen oder böswilligen Handlung durch **Sie** verursacht wurden;
9. Unternehmerische Aktivitäten;
10. Der Erbringung oder Nichterbringung einer beruflichen Dienstleistung;
11. Eigentum, das **Sie** verkaufen, vermieten, verpachten oder zur Nutzung durch Dritte verleihen;
12. Schäden, die auf Abnutzung oder Verschleiß zurückzuführen sind;
13. Schäden, die durch Tiere verursacht werden, die **Ihnen** gehören oder für die **Sie** sorgen;
14.
 - a. dem Löschen, der Zerstörung, der Verfälschung, der Unterschlagung oder der Fehlinterpretation von Daten;
 - b. dem irrtümlichen Erstellen, Ändern, Eingeben, Löschen oder Verwenden von Daten, einschließlich aller Nutzungsausfälle, die sich aus einer dieser Handlungen oder Ereignisse ergeben; oder
 - c. der Verbreitung oder Anzeige von Daten über eine Webseite, das Internet, ein Intranet, Extranet oder ein ähnliches Gerät oder System, das für die elektronische Übermittlung von Daten konzipiert oder bestimmt ist;
 - d. Zugang zu oder Offenlegung von vertraulichen oder persönlichen Informationen von Personen oder Organisationen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Patente, Geschäftsgeheimnisse, Verarbeitungsmethoden, Kundenlisten, Finanzinformationen, Kreditkarteninformationen, Gesundheitsinformationen oder jede andere Art von persönlichen oder nicht öffentlichen Informationen.
15. Dem Besitz, der Nutzung (einschließlich des Be- oder Entladens) oder dem Betrieb von Kraftfahrzeugen, Wasserfahrzeugen, Flugzeugen, motorisierten Fahrzeugen oder Anhängern, die an einem der vorgenannten Fahrzeuge angebracht sind;

16. Der Nutzung oder dem Eigentum an Grundstücken oder Gebäuden mit Ausnahme von Gebäuden, die **Sie** während des **Versicherungszeitraums** der Police vorübergehend bewohnen;
17. Der Missbrauch von Drogen, Alkohol oder Medikamenten, wenn dies direkt oder indirekt zu dem einen Anspruch verursachenden Zustand führt.
18. Kosten, die aus einer anderen Quelle erstattet werden können oder hätten erstattet werden können, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Einzel-, Gruppen- oder vorausbezahlte Krankenversicherungen für Angestellte oder private Krankenversicherungen, Kreditkartenversicherungen, staatliche Krankenversicherungen oder Haftpflichtversicherungen/Policen;
19. Betrug, Verschleierung oder vorsätzliche Falschangaben in Bezug auf eine beliebige diese Versicherung betreffende Angelegenheit, oder in Verbindung mit der Geltendmachung von Ansprüchen aus dieser Versicherung; und
20. **Ihrer** Reise in oder innerhalb ein(es) Land(es), eine(r) Stadt oder eine(r) Region, die in einer Reisewarnung aufgeführt sind, die von **Ihrem Heimatland** oder **Ihrem Gastland** herausgegeben wurde, um seine Einwohner vor Reisen zu warnen.

B. Es besteht auch kein Versicherungsschutz in Bezug auf Ansprüche und/oder Klagen, die vorgebracht werden:

1. Durch **Ihre unmittelbaren Familienangehörigen**;
2. Durch bei **Ihnen** angestellte Personen;
3. Für Strafschadensersatz oder exemplarischen Schadenersatz;

V. BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

Berechtigt ist eine Person unter 65 Jahren, die außerhalb **Ihres Heimatlandes** reist (oder ein nach Kanada zurückkehrender Kanadier), wie z. B. Studenten, Lehrkräfte, Lehrer, Aufsichtspersonen, Teilnehmer am Bildungsaustausch.

Datum des Inkrafttretens bedeutet das Datum, an dem **Ihr** Versicherungsschutz gemäß dieser Versicherungspolice beginnt. Der Versicherungsschutz beginnt spätestens an dem Datum und der Uhrzeit,

- a. zu der die erforderliche Prämie gezahlt wird, oder
- b. an dem Datum, das **Sie** als Startdatum in **Ihrem** Antrag angefordert haben, oder
- c. an dem Datum, an dem **Sie Ihr Heimatland** zwecks eines Studiums in Kanada verlassen haben, oder
- d. für zurückkehrende Kanadier, an dem Datum, an dem **Sie** nach Kanada zurückkehren.

Ehepartner bezeichnet **Ihren Ehepartner**, mit dem Sie vor dem Gesetz verheiratet sind, oder eine Person, mit der **Sie** zusammenleben und die öffentlich als **Ihr Ehepartner** dargestellt wird.

Gastfamilie bezeichnet die Person(en) oder die Familie, bei der **Sie** als Student wohnen, während **Sie** sich in Kanada außerhalb **Ihres Heimatlandes** aufhalten.

Gastland bezeichnet Kanada, das Land, in dem **Sie** sich vorübergehend als Student aufhalten, während **Sie** nicht in **Ihrem Heimatland** sind. Vorbehaltlich eines Anspruchs oder einer Klage, die nur in Kanada erhoben wird, schließt das **Gastland** jedes andere Land ein, in dem **Sie** sich im Rahmen eines vorübergehenden Arbeitseinsatzes oder eines Austauschprogramms im Zusammenhang mit **Ihrem** Studium in Kanada aufhalten.

Gesetzliche Haftung ist die Verantwortung, die Gerichte zwischen Personen, die sich gegenseitig verklagen, anerkennen und durchsetzen.

Heimatland bezeichnet das Land, in dem der Versicherte seinen ständigen Wohnsitz hat.

Körperverletzung bedeutet **Körperverletzung**, Erkrankung, Krankheit oder Tod als Folge.

Kündigungstermin bedeutet das Datum, an dem Ihr Versicherungsschutz unter dieser Versicherung endet. Der Versicherungsschutz endet an dem Datum,

- a. das auf dem Antrag als **Kündigungstermin** angegeben ist,
- b. oder bei Beendigung einer Verlängerung dieser Police, je nachdem, was später eintritt. Wenn **Sie** aus einem anderen Grund als dem in **Gastland** definierten in **Ihr Heimatland** zurückkehren, endet der Versicherungsschutz mit dem Datum **Ihrer Rückkehr in Ihr Heimatland**.

Maximalleistung bezeichnet den Betrag, der als Höchstbetrag für eine bestimmte Leistung angegeben ist und für Leistungen gilt, die während des **Versicherungszeitraums** erhalten werden. Ungeachtet der Anzahl der in einem Zeitraum von 365 Tagen ausgestellten Versicherungspolice verlängern sich die **Maximalleistungen** nicht für nachfolgende **Versicherungszeiträume**, bis:

- a. zum Ablauf von 365 Tagen ab dem **Datum des Inkrafttretens** der ursprünglich erworbenen Versicherungspolice und am Jahrestag jedes Jahres danach; oder
- b. zum **Inkrafttreten** eines neuen **Versicherungszeitraums**, sofern er mehr als 365 Tage nach dem **Inkrafttreten** des ursprünglichen **Versicherungszeitraums** der ersten Versicherungspolice liegt.

Plan-Administrator ist die Zurich Insurance Company Ltd (Niederlassung Kanada).

Sachschäden bedeutet:

2. Physische Beschädigung oder Zerstörung von Sachvermögen;
3. Nutzungsausfall von Sachvermögen.

Unfall/unfallbedingt bezeichnet ein plötzliches, unerwartetes, unvorhersehbares, unvermeidbares äußeres Ereignis, das direkt und unabhängig von allen anderen Ursachen zu **Körperverletzungen** eines **Versicherten** während des **Versicherungszeitraums** führt.

Unmittelbare Familienangehörige sind Ihr **Ehepartner**, Elternteil, gesetzlicher Vormund, Stiefelternteil, Großelternteil, Enkel, Schwiegereltern, natürliches oder adoptiertes Kind, Bruder, Schwester, Stiefbruder, Stiefschwester, Tante, Onkel, Nichte, Nefte oder eine angestellte Betreuungsperson für unverheiratete abhängige Kinder unter 19 Jahren.

Versicherte/r, Sie oder Ihr bedeutet jede **berechtigte** Person, die einen Antrag und eine entsprechende Zahlung für den Versicherungsschutz gemäß dieser Versicherungspolice einreicht und die Annahme des Versicherungsschutzes von **unserem Plan-Administrator** in Form einer Bestätigung oder einer gültigen Versicherungs-Ausweiskarte erhält.

Versicherungszeitraum bezeichnet den Zeitraum, in dem Sie für die in dieser Versicherung vorgesehenen Leistungen versichert sind, ab 00:01 Uhr am Datum des Inkrafttretens bis 24:00 Uhr an entweder dem Tag,

- a. der auf dem Antrag als **Kündigungstermin** angegeben ist; oder
- b. der Beendigung einer Verlängerung dieser Police. Wenn **Sie** aus irgendeinem Grund in **Ihr Heimatland** zurückkehren, es sei denn, **Sie** nehmen an einem zeitlich begrenzten Arbeitseinsatz oder Austauschprogramm im Zusammenhang mit **Ihrem** Studium in Kanada teil. Die maximale **Geltungsdauer** einschließlich der Verlängerungen beträgt 365 aufeinanderfolgende Tage ab dem **Datum des Inkrafttretens**.

Wir, uns, unsere ist die Zurich Insurance Company Ltd.

Alle anderen Begriffserklärungen, Bedingungen, Einschränkungen, Ausschlüsse und Bestimmungen der **GuardMe** Police sind anwendbar.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Durch die Übermittlung der angeforderten Informationen, die unter anderem den Namen, die Adresse, das Geburtsdatum und medizinische Informationen einer Person umfassen können, sichern **Sie** zu und gewährleisten, dass Sie die entsprechende Zustimmung der

betreffenden Person zur Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten an die Zurich Insurance Company Ltd und ihre Tochtergesellschaften und verbundenen Unternehmen in **Ihrem** Wohnsitzland oder im Ausland (zusammen „Zurich“) für die Erhebung, Speicherung, Verwendung, Weitergabe und Verarbeitung solcher personenbezogenen Daten, die für die Sicherstellung und Verwaltung des/der beantragten Versicherungsschutzes/Versicherungsschutzes erforderlich sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Risikobewertung, Vertragsdurchführung, Prämienfestsetzung, Prämieinzug, Schadensregulierung, Verwaltung, Untersuchung und Regulierung, Betrugsprävention, -aufdeckung und -bekämpfung oder statistische Auswertung, erhalten haben. **Sie** sichern zu und gewährleisten, dass **Sie** die Zustimmung der betroffenen Person zur Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten an Dritte durch Zurich eingeholt haben, soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist, einschließlich Rückversicherer, Drittverwalter, Makler, Agenten, Schadensregulierer, Aufsichtsbehörden oder andere staatliche oder öffentliche Stellen, Steuerbehörden, Branchenverbände, andere Versicherer und andere Dritte, die an der Erbringung von Versicherungsdienstleistungen beteiligt sind („Dritte“).

Zurich verpflichtet sich, die Datensicherheit und die Vertraulichkeit der bereitgestellten Informationen zu schützen. Personenbezogene Daten können von Zurich und autorisierten Dritten sowohl in inländischen als auch in ausländischen Gerichtsbarkeiten außerhalb Kanadas verarbeitet und sicher gespeichert werden und unterliegen den geltenden Gesetzen.

Zurich kann personenbezogene Daten so lange aufbewahren, wie es für die oben genannten Zwecke oder zur Erfüllung der gesetzlichen und regulatorischen Verpflichtungen von Zurich, zur Beilegung von Streitigkeiten und zur Durchsetzung der Vereinbarungen von Zurich erforderlich ist. Einzelpersonen können Einsicht in die von Zurich über sie gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen und Korrekturen vornehmen, indem sie sich schriftlich an folgende Adresse wenden: Datenschutzbeauftragter, Zurich Insurance Company Ltd (Niederlassung Kanada), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto, ON M5X 1C9 Kanada oder per E-Mail an privacy.zurich.canada@zurich.com.

Einzelpersonen können ihre Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verwendung, Offenlegung oder Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten verweigern oder zurückziehen; die Verweigerung der Zustimmung kann jedoch dazu führen, dass Zurich nicht in der Lage ist, den Versicherungsschutz anzubieten und zu verwalten, oder dass Zurich nicht in der Lage ist, die im Rahmen der Police zu zahlenden Schadenleistungen zu erbringen.

Für weitere Informationen über die Erhebung, Nutzung, Offenlegung, Verarbeitung und Speicherung von personenbezogenen Daten oder bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten von Zurich per E-Mail an privacy.zurich.canada@zurich.com. Unsere Datenschutzrichtlinie ist verfügbar unter <https://www.zurichcanada.com/en-ca/about-zurich/privacy-statement>.

Im Sinne des *Insurance Companies Act* (Gesetz über Versicherungsgesellschaften) (Kanada) wurde dieses Dokument im Rahmen des Versicherungsgeschäfts der Gesellschaft in Kanada erstellt.

[Unterschrift]

Head of Underwriting, bevollmächtigter
Vertreter für Kanada



REISE-KRANKENVERSICHERUNG

WICHTIGER HINWEIS

Lesen **Sie Ihre** Police sorgfältig durch und lernen **Sie Ihren** Versicherungsschutz kennen. **Ihr** Versicherungsschutz unterliegt bestimmten Einschränkungen, Bedingungen und Ausschlüssen. Achten **Sie** besonders auf fettgedruckte Wörter. Diese haben eine besondere Bedeutung, die im Abschnitt „Begriffserklärungen“ in dieser Police auf Seite 10 erklärt wird.

Diese Police wird sekundär zu anderen Quellen von Versicherungsschutz wirksam (siehe Seite 9). Jegliche Leistungen, die im Rahmen dieser Police fällig werden, gehen über jeglichen anderen Versicherungsschutz hinaus, den **Sie** eventuell durch die staatliche Krankenversicherung, einem anderen Versicherungsunternehmen oder jeglicher anderer Quelle von Rückvergütung haben.

Die in der Police beschriebenen Versicherungssummen gelten für einen Zeitraum von 365 Tagen, mit Ausnahme der Leistungen für den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (A6) und den Leistungen für **Psychiatergebühren** (A7), für die es eine lebenslange Höchstleistung gibt. Unabhängig von der Anzahl an Versicherungspolicen, die **Sie** während eines Zeitraums von 365 Tagen erwerben, erneuern sich die Versicherungssummen nicht, bis die 365 Tage ab **Datum des Inkrafttretens** der Originalpolice verstrichen sind und dann am Jahrestag in jedem darauffolgenden Jahr.

Ein Ausschluss für bereits **bestehende Erkrankungen** gilt für **Krankheitszustände**, die bereits vor **Ihrem Versicherungszeitraum** bestanden haben (siehe Seite 1). Prüfen **Sie** auf jeden Fall den Ausschluss für bereits **bestehende Erkrankungen** (Seite 6), um festzustellen, ob dies auf **Sie** zutrifft. Falls ein **Krankheitsfall** eintritt, wird die vorangegangene Krankengeschichte geprüft, wenn ein Anspruch angemeldet wird.

Wie auf Seite 11 beschrieben ist, sind **Sie** verpflichtet, den **Anspruchsverwalter** vor der **Behandlung** zu benachrichtigen. Falls **Sie** den **Anspruchsverwalter** nicht während des festgelegten Zeitraums benachrichtigen, werden die Leistungen limitiert.

RECHT AUF PRÜFUNG

Sie können diese Police innerhalb von 10 Tagen nach dem Kauf widerrufen und eine volle Rückerstattung erhalten, wenn **Sie Ihr Heimatland** nicht verlassen haben und kein Versicherungsanspruch in Bearbeitung ist. Für Rückerstattungen nach Ablauf von 10 Tagen, siehe Rückerstattung der Prämie auf Seite 8.

ANSPRUCHSVORAUSETZUNGEN

Um einen Anspruch auf Versicherungsschutz zu haben, müssen **Sie**:

- unter 20 Jahre alt sein; und
- außerhalb **Ihres Heimatlandes** reisen; und
- ein Student an einer nicht-postsekundären Bildungseinrichtung sein; und
- durch die staatliche Krankenversicherung einer kanadischen Province (GHIP) oder ähnlichem Versicherungsschutz versichert sein; und
- niemals Ihren Versicherungsschutz von einem Versicherer unter einer anderen Police gekündigt bekommen haben; und
- sich in keinem **Krankheitszustand** befinden, aufgrund dessen ein **Arzt** von der Reise abgeraten hat; und
- nicht vor Ihrer Ankunft in Kanada die Diagnose einer Krankheit im Endstadium erhalten haben.

Falls **Sie** den oben aufgeführten Anspruchsvoraussetzungen nicht entsprechen, so ist **Ihre** Versicherung ungültig und die Haftbarkeit des **Unternehmens** ist auf die Rückerstattung gezahlter Prämien beschränkt.

VERSICHERUNGSZEITRAUM

Datum des Inkrafttretens – Wann der Versicherungsschutz beginnt

Der Versicherungsschutz unter dieser Police beginnt (je nachdem, was später eintritt):

- a. an dem Datum und der Zeit, zu der die entsprechende Prämie gezahlt wird; oder
- b. an dem Datum, das **Sie** als Startdatum in **Ihrem** Antrag angefordert haben; oder
- c. an dem Datum, an dem **Sie Ihr Heimatland** verlassen haben;

Wann der Versicherungsschutz endet

Ihr Versicherungsschutz endet (je nachdem, was später eintritt):

- a. am auf **Ihrem** Antrag aufgeführten **Ablaufdatum**; oder
 - b. an dem **Ablaufdatum** jeglicher Police-Verlängerungen; oder
 - c. am Tag **Ihrer** Rückkehr in **Ihr Heimatland**, es sei denn, der Versicherungsschutz besteht gemäß den besonderen Bedingungen für den Versicherungsschutz für Ausflüge außerhalb Kanadas.
- Der Versicherungsschutz kann nicht auf mehr als 365 Tage verlängert werden.

Versicherungsschutz für Ausflüge außerhalb Kanadas

Diese Police bietet Versicherungsschutz für Ausgaben, die **Ihnen** in Kanada entstehen. Der Abschnitt „**Medizinische Leistungen im Notfall**“ in dieser Police schließt auch die Ausgaben für medizinische **Notversorgung** mit ein, die **Ihnen** bei Ausflügen außerhalb von Kanada während **Ihres** jeweiligen **Versicherungszeitraums** entstehen, und zwar unter folgenden Voraussetzungen:

- a. der Ausflug beginnt in Kanada; und
- b. mehr als 50 % **Ihres Versicherungszeitraums** wird in Kanada verbracht; und
- c. die Höchstdauer eines Ausflugs in die Vereinigten Staaten beträgt 30 Tage.

Es besteht kein Versicherungsschutz für Ausgaben, die in **Ihrem Heimatland** entstehen, es sei denn, die Reise in das **Heimatland** wird ausdrücklich zur Teilnahme an einer von der Schule organisierten Sportveranstaltung oder außerschulischen Veranstaltung durchgeführt.

TABELLE MAXIMALER LEISTUNGEN

LEISTUNGSABSCHNITTE		VERSICHERUNGSSUMME
A.	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN IM NOTFALL	
1.	Krankenhausleistung	Abgedeckt
2.	Arztgebühren	Abgedeckt
3.	Labor- & Diagnosetests	Abgedeckt
4.	Private Krankenbetreuung	20.000 \$
5.	Verschreibungspflichtige Medikamente	Vorrat für 60 Tage
6.	Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik	Lebenslange Höchstleistung 60.000 \$
7.	Psychiatergebühren	Lebenslange Höchstleistung 60.000 \$
8.	Transport per Ambulanz (Bodentransport)	Abgedeckt*
9.	Lufttransport	300.000 \$
10.	Schwangerschaft	25.000 \$
11.	Medizinische Geräte und Materialien	Abgedeckt*
12.	Familientransport und Aufenthaltsbeihilfe	6.500 \$
13.	Rückführung der sterblichen Überreste	20.000 \$
14.	Beerdigung im Gastland	20.000 \$
15.	Zahnverletzung	4.000 \$*
16.	Zahnärztliche Notfallversorgung	1.000 \$
B.	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN (AUSSER NOTFÄLLEN)	
1.	Paramedizinisch	1.000 \$
2.	Psychotherapie	10.000 \$
3.	Impfschutz	150 \$
4.	Jährlicher Arztbesuch	150 \$
5.	Jährliche Augenuntersuchung	100 \$
6.	Warzenbehandlung	750 \$
7.	Diabetes- oder Asthma-Zubehör	500 \$
8.	Nicht dringende Pflege	5.000 \$
9.	Medizinische Beratung	200 \$
10.	Sozialarbeiter	500 \$
11.	Tests auf sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionen	100 \$
12.	Beratung bei Drogenmissbrauch	200 \$/Sitzung und 3 Sitzungen
13.	Privatelehrer	2.000 \$
14.	AccessAbility (Barrierefreiheit)	2.500 \$
C.	LEISTUNGEN BEI TÖDLICHEM UNFALL & VERLUST VON GLIEDMASSEN	
1.	Personenschaden	50.000 \$
2.	Unfall durch Transportunternehmen	100.000 \$
3.	Traumaberatung	10 Sitzungen

Das Gesamtlimit dieser Police beträgt 2.000.000 \$

* – es gelten zusätzliche Unterlimits

Alle Leistungen werden alle 365 Tage zurückgesetzt, mit Ausnahme des Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik (A6) und **Psychiatergebühren** (A7), die auf einen lebenslangen Höchstwert beschränkt sind.

A. MEDIZINISCHE LEISTUNGEN IM NOTFALL

Wann Leistungen anwendbar sind

Falls Sie während Ihres Versicherungszeitraums einen medizinischen Notfall erfahren.

Was wir abdecken und was wir zahlen

Sie sind für angemessene und übliche Kosten zur Behandlung einer **Notfallerkkrankung** oder **-verletzung** abgedeckt, die nicht anderweitig durch jegliche staatliche oder provinzielle Krankenversicherung Kanadas (GHIP) versichert ist und zwar bis zu der Versicherungssumme, die in der Tabelle „Höchstleistungen“ aufgeführt ist. Dies unterliegt dem Gesamtlimit dieser Police von 2.000.000 \$ für die unten aufgeführten Ausgaben für medizinische **Notversorgung**. Bestimmte Abschnitte haben eine spezielle, dort angegebene Höchstgrenze.

- Krankenhausleistungen:** Gebühren für die **Notfallbehandlung**, die stationär oder ambulant geleistet wird, und zwar wie folgt:
 - Kosten für Zimmer und Verpflegung im **Krankenhaus** bis zum Satz für halbprivate Zimmer (Privatzimmer, wenn medizinisch erforderlich); und
 - Medikamente, die während des Aufenthalts im **Krankenhaus** verabreicht werden; und
 - jegliche andere Dienstleistungen oder Versorgungsmaterialien;
 - Jeder chirurgische Eingriff bedarf der vorherigen Genehmigung des **Anspruchsverwalters**.
- Arztgebühren:** Gebühren, die von einem **Arzt** für fachgemäße Dienstleistungen oder **Behandlungen** berechnet werden, dazu gehören alle **medizinisch notwendigen** Nachbehandlungen, bis der ursprüngliche **Notfall** überwunden ist und sich der Zustand stabilisiert hat.
- Labor- & Diagnosetests:** Gebühren für technische und interpretative Dienstleistungen.
 - Für alle wichtigen Diagnoseverfahren, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Computer-Axialtomographie (CAT)-Scans und Magnetresonanztomographie (MRI), Herzkatheteruntersuchungen, Endoskopie usw. ist die vorherige schriftliche Zustimmung des **Anspruchsverwalters** erforderlich.
- Private Krankenbetreuung:** Maximalleistung von bis zu 20.000 \$ für die Leistungen einer Krankenschwester, eines Krankenpflegedienstes oder einer Hauspflegekraft, auf Anordnung des behandelnden **Arztes**. Dienstleistungen, die von **Ihnen**, einem **Familienmitglied** (selbst, wenn dieses Krankenschwester, Krankenpfleger oder Hauspfleger(in) ist) oder jemandem, der normalerweise bei **Ihnen** wohnt, geleistet werden, sind nicht abgedeckt.
- Verschreibungspflichtige Medikamente:** wenn diese zur **Behandlung** eines **medizinischen Notfalls** oder einer **Verletzung** von einem **Arzt** verschrieben und von einem zugelassenen Apotheker ausgegeben werden. **Medikamente** sind auf eine 60-tägige Versorgung jeglicher Art beschränkt, es sei denn, sie werden während eines stationären Aufenthalts im **Krankenhaus** verschrieben.
- Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik:** Wenn Sie wegen Selbstmord, Selbstmordversuch, selbst zugefügten Verletzungen, psychischen oder emotionalen Störungen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Stress, Angstzustände, Panikattacken, Depressionen, Essstörungen/Gewichtsstörungen) oder psychiatrischer Behandlung in ein **Krankenhaus** eingeliefert werden, zahlen wir bis zu einer aggregierten, **lebenslangen Höchstleistung** von 60.000 \$ für medizinische und/oder psychiatrische **Behandlungen**, die Sie während eines Aufenthalts im **Krankenhaus** aufgrund einer oder mehrerer dieser Ursachen erhalten haben.
- Psychiatergebühren:** Gebühren, die separat von einem **Psychiater** für stationäre Leistungen in Rechnung gestellt werden, bis zu einer **lebenslangen Höchstleistung** von 60.000 \$.
- Transport per Ambulanz (Bodentransport):** Gebühren für den Transport durch einen zugelassenen Ambulanzdienst zum nächsten **Krankenhaus**, einschließlich Transport von einem **Krankenhaus** zum anderen, falls vom behandelnden **Arzt** angewiesen. Falls ein Taxi- oder kommerzieller Fahrdienst vor Ort erforderlich ist, um Sie zwecks qualifizierter **Behandlung** zum **Krankenhaus**, zur Klinik oder Apotheke und zurück zu fahren, so erstatten wir Ihnen die Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 200 \$.
- Lufttransport:** Gebühren, die als Folge einer **Notfallerkkrankung** oder **-verletzung** entstehen, um Sie zum nächsten oder am besten geeigneten **Krankenhaus** zu transportieren, bis zu einem Höchstbetrag von 300.000 \$ wie folgt:
 - die zusätzlichen Kosten für einen Hinflug auf einer kommerziellen Luftlinie; oder
 - die Kosten für die Unterbringung einer Krankentrage, falls eine Krankentrage **medizinisch notwendig** ist, um Sie zu transportieren, plus die Kosten für Hin- und Rückflug, angemessene Verpflegungs- und Übernachtungskosten und Honorare für die Dienstleistungen eines qualifizierten medizinischen Angestellten (kein **Familienmitglied**), der Sie begleitet, falls eine Begleitung **medizinisch notwendig** ist oder von der Luftlinie verlangt wird; oder
 - die Kosten für Transport in einem Rettungsflugzeug, wenn **medizinisch notwendig**.
 - Landambulanzkosten an jedem Ende des Fluges oder bei Anschlussflügen sind enthalten, falls **medizinisch notwendig**.
 - Der behandelnde **Arzt** muss bestätigen, dass Sie für die gewählte Transferart medizinisch fit sind.
 - Diese Leistung bedarf der vorherigen Genehmigung des **Anspruchsverwalters**.
- Schwangerschaft:** Gebühren, die in Verbindung mit pränataler Pflege, Geburt und Pflege des Neugeborenen (bis zu 15 Tage) entstehen, sind bis zu einem kombinierten Höchstbetrag von 25.000 \$ abgedeckt.

- Die Schwangerschaft muss nach dem **Datum des Inkrafttretens** dieser Police beginnen.
- Diese Police muss für den ganzen Schwangerschaftsverlauf gültig bleiben.
- Diese Leistung ist auf maximal eine Schwangerschaft pro Jahr begrenzt.

- Medizinische Geräte und Materialien:** Falls als Folge von abgedeckten **Krankheiten** oder **Verletzungen** erforderlich, der Kauf von medizinischen Verbrauchsgütern einschließlich Verbänden und prothetischen Geräten; Mietpreise für Rollstühle, Krücken, **Krankenhausbett** oder andere Geräte, nicht über den Kaufpreis hinaus. Es gelten die folgenden Höchstbeträge:
 - Verschreibungspflichtige Brillen oder Kontaktlinsen – 500 \$;
 - Hörgeräte – 500 \$;
 - Maßgearbeitete Orthesen – 500 \$;
 - Maßgearbeitete Bein- oder Kniestützen – 1.000 \$.
- Familientransport- und Aufenthaltsbeihilfe:** falls Sie keine **Familienmitglieder** im Umkreis von 500 Kilometern von Ihrem Standort haben, während Sie sich außerhalb Ihres Heimatlandes befinden, im **Krankenhaus** sind und davon ausgegangen wird, dass Ihr **Krankenhausaufenthalt** mindestens 7 Tage dauern wird, oder im Falle Ihres Todes, zahlen wir bis zu 5.000 \$ für die Hin- und Rückflugkosten basierend auf dem niedrigsten verfügbaren Tarif für die direkteste Route für zwei von Ihnen benannten Personen, die zu Ihrem Krankentbett reisen. Wir werden auch bis zu 1.500 \$ für gewerbliche Unterkünfte und Mahlzeiten für einen Zeitraum von maximal 10 Tagen für diese beiden Personen zahlen.
 - Der behandelnde **Arzt** muss bestätigen, dass die Situation ernst genug ist, um den Besuch am Krankentbett zu rechtfertigen.
- Rückführung der sterblichen Überreste:** Im Falle Ihres Versterbens werden wir die **angemessenen und üblichen** Kosten für die Vorbereitung und Rückführung Ihrer Überreste oder Asche in Ihr **Heimatland** in einem standardmäßigen Behälter bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 \$ übernehmen. Falls Sie diese Leistung auswählen, können Sie nicht die Leistung A14 – Beerdigung im Gastland – auswählen.
 - In Ihrem **Heimatland** anfallende Ausgaben werden nicht abgedeckt.
 - Ausgaben, die für besondere traditionelle Begräbnisrituale oder -zeremonien anfallen, werden nicht abgedeckt.
 - Diese Leistung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des **Anspruchsverwalters**.
 - Die Ausschlüsse auf Seite 6 gelten nicht für diese Leistung.
- Beerdigung im Gastland:** Im Falle Ihres Versterbens zahlen wir die Kosten für die Einäscherung oder das Begräbnis Ihrer Überreste an dem Ort, wo der Tod eintritt, einschließlich einer Grabstelle und Sarg, bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 \$. Falls Sie diese Leistung auswählen, können Sie nicht die Leistung A13 – Rückführung der sterblichen Überreste ins Heimatland – auswählen.
 - Ausgaben, die für besondere traditionelle Begräbnisrituale oder -zeremonien anfallen, werden nicht abgedeckt.
 - Für Grabsteine anfallende Ausgaben werden nicht abgedeckt.
 - Diese Leistung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des **Anspruchsverwalters**.
 - Die Ausschlüsse auf Seite 6 gelten nicht für diese Leistung.
- Zahnverletzung:** Bis zu 4.000 \$ Maximalleistung für eine zahnärztliche **Notfallbehandlung** durch einen zugelassenen **Zahnarzt** oder Zahnchirurgen, um zuvor gesunde natürliche oder dauerhaft befestigte künstliche Zähne als Folge einer **Verletzung** zu reparieren oder zu ersetzen, die durch einen versehentlichen Schlag gegen den Mund verursacht wurde. Kosten für die Reparatur von Kronen und Zahnprothesenplatten sind auf 500 \$ begrenzt.
 - Jede **Behandlung** muss innerhalb von 90 Tagen nach dem **Unfall** erfolgen.
 - Kosten, die infolge von **Kauunfällen** oder **Verletzungen** durch das Einführen eines Gegenstands in den Mund oder Anlegen eines Gegenstands an den Mund entstehen, sind nicht abgedeckt.
 - Diese Leistung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des **Anspruchsverwalters**.
- Zahnärztliche Notfallversorgung:** Gebühren, die von einem zugelassenen **Zahnarzt** oder Zahnchirurgen für Zahnärztliche **Notfallversorgung** zur sofortigen Erleichterung von Schmerz und Leid in Rechnung gestellt werden, einschließlich Wurzelkanalbehandlung bis zu einem Höchstbetrag von 1.000 \$. Die mit der Extraktion von Weisheitszähnen verbundenen Kosten sind auf 100 \$ pro Zahn begrenzt.

Einschränkung für Medizinische Leistungen im Notfall

In Bezug auf den oben aufgeführten Versicherungsschutz für **Notfälle** behalten wir uns das Recht vor, vor Ihrer **Behandlung** oder nach medizinischer **Notfallversorgung** aufgrund von **Krankheit** oder **Verletzung**, Ihre Rückkehr in Ihr **Heimatland** zu verlangen, falls die von unserem medizinischen Sachverständigen und Ihrem vor Ort behandelnden **Arzt** eingeholten medizinischen Beweise bestätigen, dass Sie in der Lage sind, zurückzukehren, ohne Ihr Leben oder Ihre Gesundheit zu gefährden. Falls Sie sich entscheiden, nicht in Ihr **Heimatland** zurückzukehren, nachdem wir dies empfohlen haben, so werden wir für keine weiteren Ausgaben zahlen, die sich direkt oder indirekt aus der Krankheit ergeben, für die Sie **behandelt** werden.

B. MEDIZINISCHE LEISTUNGEN (AUSSER NOTFÄLLEN)

Wann Leistungen anwendbar sind

Falls Ihnen während Ihres Versicherungszeitraums medizinische Kosten (außer bei Notfällen) entstehen.

Was wir abdecken und was wir zahlen

Sie sind für **angemessene und übliche** Kosten abgedeckt, die nicht anderweitig durch jegliche staatliche oder provinzielle Krankenversicherung Kanadas (GHIP) oder ähnlichem Versicherungsschutz versichert sind und zwar bis zu der Versicherungssumme, die in der Tabelle „Höchstleistungen“ für erstattungsfähige Ausgaben unten aufgeführt ist:

1. **Paramedizinische Gebühren:** Kosten mit einer Maximalleistung von bis zu 1.000 \$ pro Dienstleister für die Leistungen eines Chiropraktikers, Osteopathen, Naturheilkundlers, Akupunkteurs, Fußpflegers, Podologen, Physiotherapeuten, Sprachtherapeuten, Massagetherapeuten oder Ergotherapeuten auf Anordnung des behandelnden Arztes. Der medizinische Dienstleister muss für die Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit an dem Ort, an dem die Dienstleistungen erbracht werden, zugelassen sein. Dienstleistungen, die von **Ihnen**, einem **Familienmitglied** oder jemandem, der normalerweise bei **Ihnen** wohnt, geleistet werden, sind nicht abgedeckt.
2. **Psychotherapie:** Maximalleistung von bis zu 10.000 \$ für die ambulante psychiatrische Gesundheitsversorgung, einschließlich psychiatrischer und psychologischer Beratung, durch eine zugelassene Fachkraft.
3. **Impfschutz:** Falls durch **Ihren** Studiengang erforderlich, sind Gebühren für Impfungen, einschließlich Tuberkulose (TB)-Tests, bis zu einem Höchstbetrag von 150 \$ abgedeckt.
4. **Jährlicher Arztbesuch:** Wir zahlen eine Maximalleistung von 150 \$ für einen einmaligen **Arztbesuch** in Kanada für eine Nicht-Notfalluntersuchung und damit verbundene Tests.
5. **Jährliche Augenuntersuchung:** Wir zahlen eine Maximalleistung von 100 \$ für eine einmalige Untersuchung durch einen zugelassenen Augenoptiker in Kanada. Hinweis: Die Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen werden NICHT gedeckt.
6. **Warzenbehandlung:** Gebühren für die **Behandlung** von Warzen jeder Art bis zu einer Maximalleistung von 750 \$.
7. **Diabetes- oder Asthma-Zubehör:** Gebühren für
 - a. Diabetes-Zubehör, einschließlich Spritzen, Teststreifen und Insulin, sind bis zu einer Maximalleistung von 500 \$ abgedeckt; oder
 - b. Asthma-Zubehör für die Behandlung von Asthma sind bis zu einer Maximalleistung von 500 \$ abgedeckt.
8. **Nicht dringende Pflege:** Kosten für die fortlaufende Erhaltungstherapie einer bestehenden oder chronischen Erkrankung bis zu einem Höchstbetrag von 5.000 \$.
 - Diese Leistung gilt nicht für Operationen oder medizinische Eingriffe.
 - Diese Leistung gilt nur für Krankheitszustände, die nicht anderweitig in dieser Police abgedeckt sind.
9. **Medizinische Beratungen:** Kosten für Beratungen mit einem zugelassenen **Arzt** oder einer anderen geeigneten zugelassenen medizinischen Fachkraft im Zusammenhang mit Medikamenten zur Geburtenkontrolle, der „Pille danach“, der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder der Behandlung von Akne bis zu einem Höchstbetrag von 200 \$ für die erste Beratung im Zusammenhang mit jeder dieser Behandlungen.
 - Diese Leistung umfasst nicht die Kosten für Medikamente, unabhängig davon, ob ein Rezept erforderlich ist.
10. **Sozialarbeiter:** Kosten für ambulante Beratungsgespräche mit einem zugelassenen Sozialarbeiter bis zu einem Höchstbetrag von 500 \$. Dienstleistungen, die von **Ihnen**, einem **Familienmitglied** oder jemandem, der normalerweise bei **Ihnen** wohnt, geleistet werden, sind nicht abgedeckt.
11. **Tests auf sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionen:** Gebühren für wahlweise Beratung, Vorsorgeuntersuchungen oder Tests auf sexuell übertragene Krankheiten oder sexuell übertragene Infektionen, die in Kanada durchgeführt werden, sind bis zu einem Höchstbetrag von 100 \$ abgedeckt.
12. **Beratung bei Drogenmissbrauch:** Gebühren bis zu 200 \$ pro Sitzung für bis zu 3 Beratungssitzungen in Bezug auf Alkohol- oder Drogenabhängigkeit mit einer qualifizierten, zugelassenen Fachkraft werden übernommen. Diese Leistung beinhaltet nicht die Aufnahme in ein Behandlungsprogramm, das über die drei Beratungssitzungen hinausgeht. Dienstleistungen, die von **Ihnen**, einem **Familienmitglied** oder jemandem, der normalerweise bei **Ihnen** wohnt, geleistet werden, sind nicht abgedeckt.
13. **Privatlehrer:** Falls **Sie** innerhalb von 100 Tagen als Folge einer abgedeckten **Krankheit** oder **Verletzung** an das **Krankenhaus**, eine Reha-Einrichtung oder **Ihr** zu Hause gebunden sind und diese Bindung mindestens 30 aufeinanderfolgende Schultage andauert, so werden **wir** vom ersten Tag der Bindung an die tatsächlichen Kosten für Privatunterricht durch einen qualifizierten Lehrer bis zu einem Höchstbetrag von 20 \$ pro Stunde und insgesamt 2.000 \$ zahlen.
14. **AccessAbility (Barrierefreiheit) – Defekte an Korrekturgeräten, Fehlfunktion und Diebstahlschutz:** Wird ein von **Ihnen** benötigtes **Korrekturgerät** gestohlen und nicht wiederhergestellt, oder es tritt eine Fehlfunktion oder ein Defekt auf, die sich bemerkbar machen, solange **Sie** im Rahmen dieser Versicherungspolice versichert sind und das benötigte **Korrekturgerät** unbrauchbar macht, zahlen **wir** eine Maximalleistung von bis zu 2.500 \$, um **Ihr Korrekturgerät** zu ersetzen oder zu reparieren. **Wir** bezahlen nicht für Mängel oder Fehlfunktionen, für die die Herstellergarantie gilt.
 - Diese Leistung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des **Anspruchsverwalters**.

C. LEISTUNGEN BEI TÖDLICHEM UNFALL & VERLUST VON GLIEDMASSEN

Wann Leistungen anwendbar sind

Falls **Sie** während **Ihres Versicherungszeitraums** sterben oder eine **Verletzung** erleiden.

Was wir abdecken und was wir zahlen

1. **Personenschaden:** Falls **Sie** innerhalb von 90 Tagen nach einem **Unfall** sterben oder als Folge dieses **Unfalls** dauerhaft behindert sind, so werden **wir** die Leistung zahlen, die unten in der **Verlustliste** aufgeführt ist.

Verlustliste

Verlust des Lebens	50.000 \$
Verlust von zwei oder mehr Gliedern	50.000 \$
Sehverlust beider Augen	50.000 \$
Verlust eines Gliedes und Sehverlust eines Auges....	50.000 \$
Verlust eines Gliedes	25.000 \$
Sehverlust eines Auges	25.000 \$

„Verlust eines Gliedes“ bedeutet Ablösung der Hand oder des Fußes am oder oberhalb des Handgelenks oder des Sprunggelenks oder vollständige irreversible Lähmung. „Sehverlust“ muss vollständig und nicht wiederherstellbar sein.

AUSGESETZTSEIN UND VERSCHWINDEN – Falls **Sie** nicht innerhalb eines Jahres nach folgenden Ereignissen gefunden werden:

- a. dem Verschwinden, Sinken oder der Zerstörung **Ihres** Reisemittels; oder
- b. das Gebäude, indem **Sie** sich befinden, wird zerstört;

dann werden **wir** annehmen, dass **Sie** als Folge einer **Unfallverletzung** verstorben sind und die Leistung wird bei Verlust des Lebens anwendbar.

Falls **Sie** aufgrund eines **Unfalls** den Elementen ausgesetzt sind und werden aufgrund dieses Ausgesetztseins verletzt, so wird diese Leistung anwendbar.

Falls mehr als ein Schaden aus einem **Unfall** entsteht, so werden **wir** nur von den oben aufgeführten Leistungen die höchste Leistung zahlen. Für Schäden, die oben nicht aufgeführt sind, fallen keine Leistungszahlungen an.

2. **Transportunternehmen:** Falls **Sie** als Folge einer **Verletzung** sterben, die eintrat, während **Sie** sich als fahrpreiszahlender Fahrgast auf folgenden Transportmitteln befanden:
 - a. jeglicher Art öffentlicher Verkehrsmittel; oder
 - b. auf einem Linienflug in einem Flugzeug oder Hubschrauber
 Beträgt die Leistung für den Verlust des Lebens 100.000 \$.

Hinsichtlich der Leistungen 1 und 2 in diesem Abschnitt ist die maximale Haftbarkeit des **Unternehmens** im Rahmen jeglicher GuardMe-Police in Bezug auf jeglichen Einzelvorfall in der Summe auf 1.250.000 \$ beschränkt. Dieser Betrag wird proportional unter allen anspruchsberechtigten Antragstellern geteilt.

3. **Traumaberatung:** Wenn **Sie** einen versicherten Schaden erleiden, der in der Verlustliste aufgeführt ist (außer Verlust des Lebens) und zwar innerhalb von 90 Tagen ab dem Datum eines **Unfalls**, der während des **Versicherungszeitraums** eingetreten ist, zahlen **wir** bis zu 10 Sitzungen einer Traumaberatung.

AUSSCHLÜSSE

Wir übernehmen keine Kosten, die sich direkt oder indirekt aus Folgendem ergeben:

1. einer bereits **bestehenden Erkrankung**, die innerhalb von 90 Tagen unmittelbar vor **Ihrem Datum des Inkrafttretens** nicht **stabil** war. Dieser Ausschluss gilt nicht für Abschnitt B „Medizinische Leistungen (außer Notfällen)“;
2. jegliche(r) **Krankheit, Verletzung** oder **Krankheitszustand**, die bzw. der **unserer** Ansicht nach dazu hätte führen sollen, dass **Sie** in den 90 Tagen unmittelbar vor **Ihrem Datum des Inkrafttretens** medizinischen Rat, Diagnose oder **Behandlung** einholen. Dieser Ausschluss gilt nicht für die Leistung „Nicht dringende Pflege“.
3. jegliche **Behandlung**, die zur Stabilisierung einer chronischen **Krankheit** oder Leidens verabreicht wurde (mit Ausnahme der Leistungen für nicht dringende Pflege oder anderer Leistungen dieser Police);
4. Besuche zwecks Neuverschreibung von **Medikamenten** (sofern sie nicht ausdrücklich im Rahmen einer Leistung dieser Police vorgesehen sind);
5. Tests oder Untersuchungen, die Teil einer normalen Behandlung sind (sofern sie nicht ausdrücklich im Rahmen einer Leistung dieser Police vorgesehen sind);
6. jegliche Rehabilitierungskosten. Dieser Ausschluss gilt nicht für die Leistung „Nicht dringende Pflege“;
7. **Behandlung** angeborener oder genetischer Erkrankungen oder Leiden. Dieser Ausschluss gilt nicht für die Leistung „Nicht dringende Pflege“;
8. wahlweise **Behandlung** oder **Behandlung**, die nicht für die sofortige Linderung von Schmerz und Leiden erforderlich ist oder die vernünftigerweise hinausgeschoben werden könnte, bis **Sie** in **Ihr Heimatland** zurückkehren. Dieser Ausschluss gilt nicht für Abschnitt B „Medizinische Leistungen (außer Notfällen)“.

9. eine **Verletzung** oder **Krankheit**, für die **wir** verlangt haben, dass **Sie** zur **Behandlung** in **Ihr Heimatland** zurückkehren, um sich im Rahmen dieser oder einer früheren Police behandeln zu lassen;
10. Medikamente, die nicht für die **Notfallbehandlung** erforderlich sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf:
 - a. nicht verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Paracetamol oder Mittel gegen Erkältung/Allergien); oder
 - b. Fertilitätsmedikamente; oder
 - c. Verhütungsmittel; oder
 - d. Medikamente zur Behandlung von Erektionsschwierigkeiten; oder
 - e. Haarwuchsmedikamente; oder
 - f. Medikamente zur Abgewöhnung des Rauchens; oder
 - g. Schutzimpfungen (außer wie im Einzelnen unter der Leistung „Impfschutz“ dargelegt); oder
 - h. Vitamipräparate, Nahrungsergänzungsmittel oder entsprechende Injektionen; oder
 - i. **Medikamente**, die zur Vorbeugung oder zum Erhalt gegeben wurden;
11. plastische oder kosmetische Operationen, außer:
 - a. als Folge einer versicherten **Verletzung**; oder
 - b. als Folge von Ersatz, Exaktion oder Reparatur einer vorhandenen Prothese; oder
 - c. wie unter der Leistung „AccessAbility (Barrierefreiheit)“ dargelegt;
12. jegliche Kosten, die wie folgt entstehen:
 - a. außerhalb des **Versicherungszeitraums**; oder
 - b. während **Sie** sich in **Ihrem Heimatland** befinden (außer, wie in „Versicherungsschutz für Ausflüge außerhalb Kanadas“ auf Seite 2 beschrieben); oder
 - c. bei jeglichen **Verletzungen**, die während des **Versicherungszeitraums** in **Ihrem Heimatland** eintraten oder **Krankheiten**, die dort begannen, dort diagnostiziert oder **behandelt** wurden;
13. Selbstmord, Selbstmordversuch, selbst zugefügte Verletzungen, psychische oder emotionale Störungen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Stress, Angstzustände, Panikattacken, Depressionen, Essstörungen/Gewichtsprobleme) oder psychiatrische **Behandlung**. Dieser Ausschluss gilt nicht für den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, **Psychiatergebühren** oder Leistungen der Psychotherapie;
14. **Ihre** Handlungen, während sie durch **Medikamente**, Drogen, Alkohol oder Rauschmittel beeinträchtigt oder beeinflusst werden; jeglicher medizinischer Anspruch im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Drogen oder Alkohol. Dieser Ausschluss gilt nicht für den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, **Psychiatergebühren** oder Leistungen der Psychotherapie oder Beratung zum Drogenmissbrauch. Dieser Ausschluss gilt nicht für die ersten 25.000 \$ eines Anspruchs;
15. **Ihr** Betreiben eines ausgeliehenen Fahrzeugs jeglicher Art;
16. Transplantationen jeglicher Art;
17. Teilnahme am Profi-Sport;
18. Teilnahme an motorisierten Rennwettkämpfen;
19. Betreiben eines Flugzeugs jeglicher Art oder das Reisen als Passagier auf einem nichtgewerblichen Flug;
20. den Betrieb motorisierter Transporte zu Lande oder zu Wasser ohne eine für den Einsatzbereich gültige Lizenz;
21. **Verletzung**, **Krankheit** oder Tod, die verursacht wurden, während **Sie**:
 - a. in der Ausbildung oder im Dienst als Mitglied jeglicher Streitkräfte sind; oder
 - b. aktiv an einem Kriegskonflikt teilnehmen; oder
 - c. an krimineller Aktivität teilnehmen.
 Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn **Sie** innerhalb von 48 Stunden nach Beginn kriegsähnlicher Handlungen eine **Verletzung** erleiden und an diesen Handlungen nicht aktiv teilgenommen haben;
22. jegliche Vorauszahlungs-, Hinterlegungs-, Zins-, Finanzierungs-, Zahlungsverzugs- oder Verwaltungsgebühren;
23. **Verletzungen** oder **Krankheiten**, die mit einem Reisehinweis verbunden sind, der entweder von der kanadischen Regierung oder der Regierung **Ihres Heimatlandes** vor dem Abreisetermin des Ausflugs herausgegeben wurde und der für ein Land, eine Region oder eine Stadt am Zielort Ihres Ausflugs in Kraft war oder noch in Kraft ist. Dieser Ausschluss gilt nur für Ausflüge außerhalb von Kanada;
24. Reisen entgegen dem medizinischen Rat eines **Arztes** oder zur Erlangung einer ärztlichen **Behandlung**;
25. jegliche:
 - a. medizinischen Untersuchungen oder Tests für Einwanderungs-, Arbeits- oder Reisezwecke; oder
 - b. ärztliche Atteste; oder
 - c. ausgefüllte Formulare oder Dokumente;
26. **Ihr** Nichtbeachten oder Nichtbefolgen der **ärztlichen** Ratschläge, **Behandlungen** oder empfohlenen **Behandlungen**.

Ausschlüsse 1 bis 26 gelten nicht für die Leistungen „Rückführung sterblicher Überreste“ (A13) oder „Beerdigung im Gastland“ (A14).

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

Abtretung von Leistungen: In den Fällen, wo das **Unternehmen** Ausgaben oder Leistungen an **Sie** oder in **Ihrem** Namen im Rahmen dieser Police gezahlt hat, hat das **Unternehmen** das Recht, jegliche **Ihnen** zustehende Leistungen aus jeglichen Quellen oder jeglicher Versicherungspolice auf eigene Kosten zurückzufordern. Diese Police ermöglicht dem **Unternehmen** auch, qualifizierte Zahlungen von diesen Parteien in **Ihrem** Namen zu erhalten, zu bestätigen oder zu verhandeln.

Autopsie: Im Fall **Ihres** Todes kann das **Unternehmen** eine Untersuchung oder Autopsie verlangen. Dies unterliegt den anwendbaren Gesetzen bezüglich Autopsien.

Duplikate von Versicherungspolice: Wenn **Ihnen** mehr als ein Police ausgestellt wird, sind die Leistungen auf den Höchstbetrag beschränkt, der im Rahmen jeweils einer Police zu zahlen ist und es wird eine Rückerstattung für doppelte Versicherungspolice gewährt.

Eidesstattliche Erklärungen: Bezüglich jeglicher eingereichter Anspruchsdokumente haben **wir** das Recht, zu verlangen, dass diese eidesstattlich versichert werden, und **Sie** unter Eid verhören zu lassen.

Geltendes Recht: Diese Versicherungspolice unterliegt den Gesetzen der Provinz oder dem Gebiet, wo diese Versicherungspolice erstellt wurde. Jede Klage oder Verfahren gegen das **Unternehmen** zur Rückvergütung von Ansprüchen im Rahmen dieser Police muss innerhalb von 2 Jahren nach dem Datum beginnen, an dem der Klagegrund entstanden ist. Falls jedoch diese Einschränkung gemäß den Gesetzen der Provinz oder des Gebiets, wo diese Versicherungspolice ausgestellt wurde, ungültig ist, müssen **Sie** innerhalb der kürzesten nach den Gesetzen dieser Provinz oder dieses Territoriums zulässigen Frist rechtliche Schritte einleiten. Trotz jeglicher anderer in dieser Versicherungspolice enthalten Bestimmungen unterliegt diese Versicherungspolice den gesetzlichen Bestimmungen des Versicherungsgesetzes bezüglich der Verträge über die Unfall- und Krankenversicherung.

Haftungsbeschränkung: Die Haftbarkeit des **Unternehmens** im Rahmen dieser Police ist einzig auf die Zahlung von qualifizierten Leistungen beschränkt und zwar bis zu der Höchstsumme für den entsprechenden Schaden oder die entsprechenden Kosten. Nach erfolgter Auszahlung unter dieser Police sind das **Unternehmen** und/oder der **Anspruchsverwalter** nicht für die Verfügbarkeit, Qualität oder Ergebnisse einer medizinischen **Behandlung** oder **Ihr** Versäumnis, eine medizinische **Behandlung** oder einen Transport zu erwirken verantwortlich und haften nicht für Fahrlässigkeit, Vergehen oder Unterlassungen jeglicher Dienstleister.

Koordination der Leistungen: Jede im Rahmen dieser Richtlinie geleistete Zahlung wird mit anderen Plänen koordiniert, die sekundären Versicherungsschutz bieten, so dass der Gesamtbetrag der im Rahmen aller Versicherungspolice oder Pläne zu zahlenden Leistungen 100 % der angefallenen erstattungsfähigen Kosten nicht übersteigt.

Krankenakten: Im Anspruchsfall erklären **Sie** sich damit einverstanden, **uns** Zugriff auf alle für **Ihren** Anspruch relevanten Krankenakten oder Unterlagen von einem zugelassenen **Arzt**, **Zahnarzt**, Mediziner, **Krankenhaus**, einer Klinik, einem Versicherer, einer Einzelperson, einer Einrichtung oder einem anderen Dienstanbieter zu gewähren, die sich auf die Gültigkeit **Ihres** Anspruchs beziehen.

Kündigung durch uns: **Wir** können diesen Vertrag jederzeit durch eine schriftliche Kündigungserklärung an **Sie** kündigen. Nicht in Anspruch genommene Prämien werden zurückerstattet, wenn keine Ansprüche bezahlt oder ausstehend sind. Die Aufkündigung kann per Post, Fax oder E-Mail an **Sie** oder **Ihrem** autorisierten Vertreter gesendet werden. Es wird eine Kündigungsfrist von fünf Tagen zum Versanddatum, Fax oder E-Mail erteilt.

Medizinische Untersuchung: Wird ein Anspruch geltend gemacht, so behält sich das **Unternehmen** das Recht vor, von **Ihnen** zu verlangen, dass **Sie** sich an einem Ort und von einem **Arzt** untersuchen lassen, der nach Ermessen des **Unternehmens** genehmigt ist.

Nichteinhaltung der Verpflichtungen: **Wir** können wahlweise Zahlungen einschränken oder verweigern, wenn:

- a. **Sie** oder die Partei, die sich um die Zahlung kümmert, bei der Erfüllung jeglicher **Ihnen** obliegender Verpflichtungen nachlässig ist und daher die Interessen des **Unternehmens** verletzt hat;
- b. Tatsachen wurden:
 - i. falsch oder unzureichend zur Verfügung gestellt; oder
 - ii. falsch dargestellt; oder
 - iii. verfälscht.
- c. **Sie** versäumen es, sich sofort einer **Behandlung** zu unterziehen und nach Erleiden einer **Verletzung** oder **Krankheit** ärztlichen Rat, Verschreibungen und Anweisungen zu befolgen.

Prämienzahlung: Die Prämie wird anhand der Prämienätze an dem Datum berechnet, an dem **Sie** den Versicherungsschutz beantragen, basierend auf **Ihrem** Alter zum **Datum des Inkrafttretens**. Die volle Prämie ist fällig und zahlbar, wenn **Sie** die Versicherung beantragen. Wenn die für den beantragten Versicherungsschutz gezahlte Prämie aus irgendeinem Grund nicht korrekt ist, werden **wir**:

- a. die Differenz berechnen und einziehen; oder
- b. den **Versicherungszeitraum** verkürzen, falls eine Unterbezahlung der Prämie nicht eingezogen werden kann; oder
- c. jegliche Überzahlung zurückerstatten.

Der Versicherungsschutz ist ungültig, wenn aus jeglichem Grund **Ihre** Zahlung vom Finanzinstitut nicht eingelöst wird. **Wir** behalten uns das Recht vor, einen Antrag auf Versicherung abzulehnen.

Rückerstattung der Prämie: Außer dem 10-tägigen Recht auf Prüfung, werden Rückerstattungen anteilig berechnet und zwar von dem folgenden Monat des Datums, an dem **Ihr** schriftlicher Antrag postalisch datiert ist oder von dem Datum an, an dem ein solcher Antrag per Fax oder E-Mail vom **Anspruchsverwalter** empfangen wird. Es werden nur volle, nicht in Anspruch genommene Monate erstattet. Wenn diese Versicherungspolice vor dem **Datum des Inkrafttretens** gekündigt wird, erhalten **Sie** eine vollständige Rückerstattung der gezahlten Prämien. Wenn diese Versicherungspolice aus anderen Gründen oder nach dem **Datum des Inkrafttretens** storniert wird, so fällt eine Verwaltungsgebühr von 25 \$ an. Alle Rückerstattungen unterliegen einer Mindestrückerstattungssumme von 10 \$. Falls gegen die Police ein Anspruch besteht, so werden keine Rückerstattungen gezahlt. Diese Police ist nicht übertragbar. Für alle Rückerstattungen gilt eine Wartefrist.

Sekundärer Versicherungsschutz: Die Leistungen in dieser Police sind über die in einer anderen gültigen und eintreibbaren Versicherungspolice oder einem gültigen Versicherungsplan verfügbaren Leistung hinaus zahlbar, unter der **Sie** zu Ansprüchen berechtigt sind – einschließlich, aber nicht beschränkt auf – eine staatliche Krankenversicherung, ein Gruppen- oder Personenschaden und Krankenversicherung, eine erweiterte Krankenversicherung, jegliche Kfz-Versicherung oder andere Leistungen, Eigenheimbesitzer-, Mieter- oder andere Mehrfachversicherungen, Kreditkartenleistungsvericherungen und andere Reiseversicherungen. Insbesondere für Verletzungen, die als Folge eines Automobilunfalls in Ontario entstehen, falls **Sie** unter der Tabelle „**Unfallleistungen**“ unter dem Versicherungsgesetz von Ontario als schwerstbehindert bezeichnet werden, nachdem unter dieser Police Leistungen gezahlt wurden, sind solche Leistungen zusätzlich zu der Tabelle „**Unfallleistungen**“ zu sehen und das **Unternehmen** ist berechtigt, sich auf die Bestimmung „Übertragung von Leistungen“ unter dieser Police zu berufen, um die unter dieser Police gezahlten Leistungen zurückzuerlangen.

Verlängerung des Versicherungsschutzes:

- Automatische Verlängerung: **Ihre** Versicherung wird automatisch über **Ihr** auf der **Police-Bestätigung** aufgeführtes **Ablaufdatum** hinaus fortgesetzt und zwar um:
 - a. 72 Stunden, falls **Ihr** planmäßiges Transportunternehmen oder Privatfahrzeug durch mechanisches Versagen, Verkehrsunfall oder schlechtes Wetter verspätet ist; oder
 - b. die Zeitdauer, für die **Sie** aus medizinischen Gründen nicht reisefähig sind, einschließlich **Ihres** stationären Aufenthalts in einem **Krankenhaus**, plus 72 Stunden. Diese automatische Verlängerung findet keine Anwendung, falls **Ihr** Aufenthalt als stationärer Patient die Folge eines psychischen Leidens ist und **Sie** die Höchstgrenze für Leistungen bei einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik überschritten haben.
- Fortsetzung nach Abreise: Falls **Sie** sich entscheiden, **Ihren Versicherungszeitraum** nach **Ihrem** Startdatum zu verlängern, kontaktieren **Sie** bitte den **Anspruchsverwalter**. **Wir** werden **Ihren** Versicherungsschutz unter dieser Police über **Ihr Ablaufdatum** hinaus fortsetzen, solange:
 - a. **Ihre** Police nicht abgelaufen ist; und
 - b. der **Versicherungszeitraum**, einschließlich jeglicher Verlängerungen, 365 Tage nicht überschreitet; und
 - c. **Sie** zahlen jegliche zusätzlichen, geforderten Prämien für eine solche Verlängerung.

Alle Verlängerungen unterliegen der Zustimmung durch den **Anspruchsverwalter** oder das **Unternehmen**.

Verschleierung und Falschdarstellung: Der gesamte Versicherungsschutz wird ungültig, falls vor, während oder nach einem Schaden erhebliche Gefahrentatsachen oder Umstände, die sich auf diese Police beziehen, verschleiert oder falsch dargestellt wurden.

Versicherungssummen: Die in der Police beschriebenen Versicherungssummen gelten für einen Zeitraum von 365 Tagen, mit Ausnahme der Leistungen für den **Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik** (A6) und den Leistungen für Psychiatergebühren (A7), für die es eine lebenslange Höchstleistung gibt. Unabhängig von der Anzahl an Versicherungspolice, die **Sie** während eines Zeitraums von 365 Tagen erwerben, erneuern sich die Versicherungssummen nicht, bis die 365 Tage ab **Datum des Inkrafttretens** der Originalpolice verstrichen sind und dann am Jahrestag in jedem darauffolgenden Jahr.

Vertragsänderungen: Diese Police ist ein rechtlich wirksamer Vertrag zwischen **Ihnen** und **uns**. Diese Police, einschließlich jeglicher Zusätze und angehängter Dokumente, stellen den gesamten Vertrag dar. Änderungen an dieser Police sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich durch einen **unserer** Angestellten genehmigt wurden. Kein Vertreter hat das Recht, diese Police zu ändern oder jegliche ihrer Bestimmungen auszuschließen.

Währung: Alle Prämien und Leistungen im Rahmen dieser Police werden in kanadischer Währung ausgezahlt und zwar auf Basis des Wechselkurses an dem Tag, an dem die Kosten bezahlt wurden und der von einem vom **Anspruchsverwalter** ausgewählten Finanzinstitut angegeben wurde. **Wir** können einen Anspruch auf Leistungen nach **unserer** Wahl in der Währung zahlen, in der der Verlust eingetreten ist.

Wiederherstellungsrecht: Falls festgestellt wird, dass **Sie** nicht für Versicherungsschutz qualifiziert sind, eine Leistung irrtümlich gezahlt wurde, eine Zahlung über den Betrag hinaus erfolgte, der im Rahmen der Bestimmungen dieser Police erlaubt ist, festgestellt wurde, dass ein Anspruch ungültig ist oder Leistungen in Übereinstimmung mit Bestimmungen der Police reduziert werden, so haben **wir** das Recht, von **Ihnen** jegliche Summen einzufordern, die **wir** in **Ihrem** Namen an medizinische Dienstleister und andere Parteien gezahlt haben oder von **Ihnen**, **Ihrem** Vermögen, jeglicher Einrichtung, einem Versicherer oder demjenigen, an den die Zahlung erfolgte, eine Erstattung zu verlangen.

Wiederherstellungsrecht: Falls **Ihnen** durch Dritte ein Schaden entsteht, so haben **wir** das Recht, **Ihre** Rechte auf Rückvergütung gegen Dritte auf uns übergehen zu lassen (Forderungsübergang) und zwar für jegliche Leistungen, die an **Sie** oder in **Ihrem** Namen zahlbar werden und wir werden, auf **unsere** Kosten und in **Ihrem** Namen, die nötigen Dokumente ausfertigen und gegen die Dritte vorgehen, um solche Zahlungen einzutreiben. Nach dem Schaden dürfen **Sie** keine Handlungen unternehmen oder Dokumente ausfertigen, die **unser** Recht auf eine solche Rückvergütung gefährden.

Ablaufdatum bedeutet das Datum, an dem **Ihr** Versicherungsschutz unter dieser Versicherungspolice endet.

Angemessen und üblich sind die Beträge, die normalerweise für **Behandlungen**, Dienstleistungen oder Lieferungen in Rechnung gestellt werden, um die angemessene Behandlung für die Schwere des zu **behandelnden** Zustandes an dem geografischen Ort zu leisten, an dem die **Behandlung**, Dienstleistungen oder Lieferungen erbracht werden.

Unter **Krankheit** versteht man das plötzliche Auftreten eines Leidens oder einer Erkrankung, die zum ersten Mal auftritt, während diese Versicherung in Kraft ist und die ernsthaft genug ist, um **Sie** **notfallmedizinisch behandeln** zu lassen.

Anspruchsverwalter ist die Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. unter dem Firmennamen guard.me International Insurance(GuardMe).

Arzt ist ein qualifizierter Mediziner, der amtlich zugelassen ist, Medizin in der Gerichtsbarkeit zu praktizieren, in der die Dienstleistungen erbracht werden, sowie medizinische **Behandlungen** zu verschreiben und zu verabreichen, jedoch nicht **Sie** selbst oder eines Ihrer **Familienmitglieder**.

Behandeln, behandelt oder Behandlung bedeutet ein medizinisches Verfahren, das von einem **Arzt** für einen **Krankheitszustand** verschrieben, durchgeführt oder empfohlen wird. Das schließt ein, ist jedoch nicht beschränkt auf verschreibungspflichtige **Medikamente**, Untersuchungen und Tests sowie Operationen.

Bereits bestehende Erkrankung ist ein **Krankheitszustand**, der bereits vor **Ihrem Datum des Inkrafttretens** bestand.

Datum des Inkrafttretens ist das Datum, an dem **Ihr** Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungspolice beginnt (siehe Seite 1 – **Versicherungszeitraum**).

Familienmitglied bedeutet Ehepartner, Elternteil, Stiefelternteil, Großelternteil, Schwiegereltern, natürliches oder adoptiertes Kind, Bruder, Schwester, Stiefbruder, Stiefschwester, Tante, Onkel, Nichte oder Neffe.

Heimatland bedeutet das Land, in dem **Sie** vor **Ihrer** Ankunft in Kanada einen permanenten Wohnsitz hatten.

Korrekturgerät bezeichnet ein Gerät, das **Sie** auf Rat eines **Arztes** zur Behebung einer körperlichen Beeinträchtigung benötigen und ohne das es eine körperliche Unmöglichkeit für **Sie** wäre, **Ihr** Studium oder **Ihre** Lehrverantwortung an der Bildungseinrichtung, in der **Sie** eingeschrieben oder tätig sind, fortzusetzen. Zu den „**Korrekturgeräten**“ zählen Prothesen, Rollstühle, Blindenhunde und Hörgeräte, jedoch KEINE Brillen.

Krankenhaus ist eine Einrichtung, die zugelassen, mit Personal ausgestattet und in Betrieb ist, um stationäre und ambulante Patienten zu versorgen und zu **behandeln**. Die **Behandlung** muss durch Ärzte beaufsichtigt werden und es müssen rund um die Uhr Krankenschwestern im Dienst sein. Es müssen in den Räumlichkeiten auch Diagnosen und Operationen durchgeführt werden können oder in Anlagen, die von der Einrichtung kontrolliert werden. Ein **Krankenhaus** ist keine Einrichtung, die hauptsächlich als Ambulanz, erweiterte oder palliative Pflegeeinrichtung, Suchtbehandlungszentrum, Genesungs-, Ruhe- oder Altenpflegeheim, Seniorenheim oder Kureinrichtung verwendet wird.

Krankheitszustand bedeutet jegliche Krankheit, Erkrankung oder **Verletzung**, einschließlich Symptome nicht diagnostizierter Leiden.

Lebenslange Höchstleistung bedeutet das Leistungslimit, das sich auf alle GuardMe-Police bezieht, die jemals für **Sie** ausgestellt wurden. Diese Summe setzt sich nicht mit jeder neuen Police zurück.

Medikament ist ein Arzneimittel, das für die **Behandlung** oder Linderung einer **Notverletzung** oder -**erkrankung** als **medizinisch notwendig** erachtet wird und nur auf **ärztliche** oder **zahnärztliche** Verschreibung erhältlich ist.

Medizinisch notwendig sind die Dienstleistungen oder Lieferungen, die **Ihnen** zur Verfügung gestellt werden und die zur Feststellung oder **Behandlung Ihrer Notfallkrankung** oder -**verletzung** erforderlich sind und die zur Linderung akuter Schmerzen oder Leiden nötig sind; oder in Bezug auf **Krankenhausleistungen**, die **Ihnen** nicht gefahrlos ambulant erbracht werden können.

Notfall bedeutet jede unerwartete **Krankheit** oder **Verletzung**, die zum ersten Mal während des **Versicherungszeitraums** auftritt und eine sofortige medizinische **Behandlung** erfordert, um akute Schmerzen und Leiden zu lindern. Ein **Notfall** besteht dann nicht länger, wenn sich **Ihr** Zustand stabilisiert hat oder, wenn medizinische Befunde, die von **unserem** medizinischen Sachverständigen oder **Ihrem** behandelnden **Arzt** vor Ort eingeholt wurden, bestätigen, dass **Sie** zwecks **Weiterbehandlung** in **Ihr Heimatland** zurückkehren können.

Police-Bestätigung bedeutet das Dokument, das den Versicherungsschutz bestätigt, den **Sie** abgeschlossen haben. Es führt **Ihre** Police-Nummer, **Ihr** Abschlussdatum, **Ihr Datum des Inkrafttretens** und **Ihr Ablaufdatum** an. Dieses Dokument legt **Ihren Versicherungszeitraum** fest und ist ein fester Bestandteil des Vertrags.

Psychiater bezeichnet einen qualifizierten Arzt der Psychiatrie, der zur Ausübung der Psychiatrie an dem Ort ordnungsgemäß zugelassen ist, an dem psychiatrische Leistungen erbracht werden, jedoch nicht **Sie** oder eines Ihrer **Familienmitglieder**.

Sie oder **Ihr** bedeutet jede berechnete Person, die einen Antrag und eine entsprechende Zahlung für den Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungspolice einreicht und die Annahme der Deckung von dem **Anspruchsverwalter** in Form einer Bestätigung oder einer gültigen Versicherungs-Ausweiskarte erhält.

Stabil: bedeutet ein **Krankheitszustand**, wobei:

1. keine neue **Behandlung** verschrieben oder empfohlen oder Änderung(en) an bestehender **Behandlung** (einschl. eine Beendigung der **Behandlung**) wurde; und
2. es keine Änderung bezüglich bestehender verschreibungspflichtiger Medikamente (einschl. Erhöhung, Reduzierung oder Beendigung der verschriebenen Dosis) oder jegliche Empfehlung, ein neues verschreibungspflichtiges Medikament zu beginnen gibt; und
3. der **Krankheitszustand** nicht schlimmer geworden ist; und
4. es keine neuen Symptome gibt und Symptome nicht häufiger oder schlimmer geworden sind; und
5. kein Krankenhausaufenthalt oder Überweisung zu einem Spezialisten vorliegt; und
6. es keine empfohlenen Tests, Untersuchungen oder **Behandlungen**, die noch nicht abgeschlossen sind und auch keine ausstehenden Testergebnisse; und
7. es keine geplante oder ausstehende **Behandlung** gibt.

Damit ein **Krankheitszustand** als **stabil** angesehen werden kann, müssen alle oben aufgeführten Bedingungen erfüllt sein.

Unfall/unfallbedingt bezeichnet ein plötzliches, unerwartetes, unvorhersehbares, unvermeidbares äußeres Ereignis, das direkt und unabhängig von allen anderen Ursachen zu körperlichen **Verletzungen Ihrer Person** während des **Versicherungszeitraums** führt.

Unternehmen, Wir, Uns, Unser(e) bedeutet Old Republic Insurance Company of Canada.

Verletzung bedeutet körperliche Schädigung **Ihrer Person** aufgrund eines **Unfalls**, der zum ersten Mal während des **Versicherungszeitraums** eintritt.

Versicherungszeitraum ist der Zeitraum vom **Datum des Inkrafttretens** bis zum **Ablaufdatum** (siehe Seite 1 – **Versicherungszeitraum**).

Zahnarzt bezeichnet einen qualifizierten Zahnarzt, der berechtigt ist, an dem Ort, an dem zahnärztliche Leistungen erbracht werden, Zahnmedizin zu praktizieren, jedoch nicht **Sie** oder eines **Ihrer Familienmitglieder**.

In dieser Police sollen Wörter oder Begriffe im Singular auch den Plural bedeuten und umgekehrt, es sei denn, es geht aus dem Kontext eindeutig anders hervor.

ANSPRUCHSVERFAHREN

1. **Sie müssen** die auf Seite 12 angegebene Notrufnummer anrufen **BEVOR Sie stationär im Krankenhaus aufgenommen werden für vorherige schriftliche Genehmigung, BEVOR Kosten für Folgendes entstehen:**

- Wichtige Diagnosetests
- Chirurgie
- Rückführung oder Beerdigung
- **Zahnverletzung**
- Lufttransport
- AccessAbility (Barrierefreiheit)

2. Zeigen **Sie Ihrem** medizinischen Dienstleister **Ihre GuardMe** Gesundheitszugangskarte und einen gültigen Lichtbildausweis.

3. Füllen **Sie** bei der erstmaligen **Behandlung** ein Antragsformular für jede neue **Krankheit** oder **Verletzung** aus. Nehmen **Sie** es bei **Ihrem** ersten Termin mit. Mit jeder ausgestellten Gesundheitszugangskarte werden Antragsformulare bereitgestellt. Eine Kopie **Ihrer** Gesundheitszugangskarte und/oder **Ihres** Antragsformulars erhalten **Sie** von Ihrer Schule/Organisation oder indem **Sie** sich in „My Account“ (mein Konto) auf der GuardMe-Microsite **Ihrer** Schule oder über unsere Webseite www.guard.me einloggen.

4. Melden **Sie** sich innerhalb von 30 Tagen nach den ersten medizinischen Kosten unter „My Account“ (mein Konto) auf der **GuardMe-Microsite Ihrer** Schule oder über www.guard.me an, um **Ihren** Anspruch elektronisch einzureichen. **Sie** können auch Ihr ausgefülltes Antragsformular an folgende Adresse senden:

GuardMe Claims
80 Allstate Parkway
Markham, Ontario L3R 6H3 Kanada

Alle eingereichten Ansprüche müssen folgendes enthalten:

- Ausgefülltes Antragsformular
- Spezifizierte Rechnungen und Quittungen im Original. Für paramedizinische Dienstleistungen müssen die Einzelrechnungen und Zahlungen für jeden Besuch eingereicht werden.
- Krankenberichte und Berichte der **Notfallambulanz**, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Labortestergebnisse, Röntgenaufnahmen, Operations- und Entlassungsberichte

Denken Sie daran, eine Kopie für Ihre Akten aufzubewahren.

5. Bei einem Todesfallanspruch muss der Begünstigte oder die andere berechtigte Person den **Anspruchsverwalter** anrufen, um den Anspruch zu melden. Die Einzelheiten des Anspruchs müssen mit einer Original-Sterbeurkunde oder einem anderen für **uns** akzeptablen Todesnachweis eingereicht werden.

In allen Anspruchsfällen müssen entweder **Sie**, eine begünstigte Person oder der Vertreter des einen oder anderen:

- a. eine schriftliche Erklärung über den Anspruch beim **Anspruchsverwalter** einreichen, einschließlich eines ausgefüllten Antragsformulars und aller Rechnungen im Original und zwar nicht später als 30 Tage ab dem Datum, an dem ein Anspruch vertragsgemäß entsteht; und
- b. innerhalb von 90 Tagen ab dem Datum, an dem ein Anspruch vertragsgemäß entsteht, dem **Anspruchsverwalter** einen unter den Umständen angemessenen Beweis zukommen lassen; und

- c. falls entsprechend vom **Anspruchsverwalter** verlangt, ein zufriedenstellendes Zertifikat liefern, das die Ursache oder die Art des Schadens beschreibt, für den im Rahmen der Police ein Anspruch geltend gemacht wird.

Wird der Anspruch nicht innerhalb der oben angegebenen Frist angezeigt oder Nachweis geliefert, so erlischt der Anspruch nicht, wenn die Anzeige oder der Nachweis so bald wie möglich, spätestens jedoch ein Jahr nach dem Ereignis oder Unfall, erfolgt oder geliefert wird.

*Ansprüche können nur berücksichtigt werden, wenn das Antragsformular vollständig ausgefüllt und vom Antragsteller unterschrieben ist und mit allen im **ORIGINAL** erforderlichen Unterlagen eingereicht wird, die **uns** kostenfrei zur Verfügung zu stellen sind.*

Anspruchszahlungen

Wir werden alle versicherten Ansprüche nach Erhalt aller nötigen Informationen zahlen, die nötig sind, um **Ihren** Anspruch sorgfältig einzuschätzen.

Alle anspruchsberechtigten Erstattungen unterliegen einer Mindestrückerstattungssumme von 10 \$. Sollte eine Anspruchserstattung weniger als 10 \$ betragen, so wird die Summe bis zu der Zeit einbehalten, zu der die Summe aller eingereichten Ansprüche 10 \$ übersteigt.

Sie erhalten alle Leistungen, es sei denn, **Sie** geben **Ihr** Recht auf Zahlung direkt an den Dienstanbieter oder einen anderen genannten Abtretungsempfänger ab. Im Falle **Ihres** Todes werden alle Leistungen an den von **Ihnen** angegebenen Begünstigten gezahlt. Wenn ein Begünstigter nicht anderweitig von **Ihnen** benannt wird, werden die Leistungen an den ersten der folgenden überlebenden Präferenzempfänger gezahlt:

1. **Ihr** Ehepartner;
2. **Ihr** Kind oder Ihre Kinder gemeinsam;
3. **Ihre** Eltern gemeinsam, wenn beide leben, oder der überlebende Elternteil, wenn nur einer überlebt;
4. **Ihre** Geschwister gemeinsam; oder
5. **Ihr** Nachlass.

Bei Leistungszahlungen sind keine Zinsen vorgesehen.

VERFAHREN IM NOTFALL

Kontaktieren Sie die 24-Stunden-Notrufnummer gebührenfrei unter:

- Nordamerika – 1-888-756-8428
- Außerhalb Nordamerikas rufen Sie per R-Gespräche folgende Nummer an – +1 905-752-6230

1. und zwar innerhalb von 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme oder, falls dazu nicht in der Lage, so bald wie möglich;
2. für jede Leistung, für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist;
3. für jegliche Ausflüge, bevor JEDGLICHE medizinischen Kosten anfallen.

Wird der **Anspruchsverwalter** nicht entsprechend informiert, beschränkt sich unsere Haftung auf 50 % der angefallenen erstattungsfähigen Kosten.

DATENSCHUTZ

Das Unternehmen ist dazu verpflichtet, Ihre Daten zu schützen. Unsere Fähigkeit, Ihnen qualitativ hochwertige Versicherungsprodukte und -dienstleistungen zu bieten, hängt wesentlich von der Sammlung persönlicher Daten über Sie ab. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen werden nur für die Ermittlung Ihrer Anspruchsberechtigung für den Versicherungsschutz gemäß der Police verwendet, um Versicherungsrisiken einzuschätzen, Ansprüche zu verwalten und über diese zu entscheiden sowie Zahlungen an Dritte zu verhandeln oder abzurechnen. Diese Informationen können auch zur Entscheidung und Bearbeitung von Ansprüchen an Dritte weitergegeben werden, z. B. an andere Versicherungsunternehmen, Gesundheitsorganisationen und staatliche Krankenversicherungen. In dem Fall, dass wir Ihre Daten mit Dritten teilen müssen, die außerhalb Kanadas Geschäfte betreiben, besteht die Möglichkeit, dass diese Daten in den Besitz der Regierung des Landes kommt, in welcher diese Drittgeschäfte betreibt. **Wir** sind sehr darum bemüht, die Richtigkeit, Vertraulichkeit und Sicherheit Ihrer persönlichen Daten zu gewährleisten.

Unsere Datenschutzrichtlinie legt einen hohen Standard für das Sammeln, die Verwendung, die Offenlegung und Speicherung persönlicher Daten fest. Wenn Sie Fragen zur Datenschutzrichtlinie des Unternehmens haben, besuchen Sie bitte www.orican.com/privacy oder wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten privacy@orican.com oder telefonisch unter 1-800-530-5446.

Versicherungsschutz durch:

Old Republic Insurance Company of Canada
Box 557, 100 King Street West
Hamilton, Ontario L8N 3K9 CANADA

Jason Smith, CPA, CA
Präsident und Chief Executive Officer
April 2023
GuardMe K-12 Plus 042023

Tabelle B

GuardMe Haftpflichtversicherung für ausländische Studenten

Eine Million Dollar (1.000.000 \$) Maximalleistung

Bestimmte in dieser Versicherung verwendete, fettgedruckte Begriffe haben eine bestimmte Bedeutung und sind unten in Abschnitt V. BEGRIFFSERKLÄRUNGEN definiert.

I. VERSICHERUNGSSCHUTZ

Diese Versicherung nach Tabelle B ist für den **Versicherungszeitraum** der **GuardMe** Police bei vollständiger Zahlung der Prämie für diese Tabelle B eingeschlossen.

Diese Tabelle B bietet Versicherungsschutz für **Ihre gesetzliche Haftpflicht für Körperverletzungen** oder **Sachschäden** an den Räumlichkeiten oder Gütern der **Gastfamilie**, die sich durch **Ihre** persönlichen Handlungen, wie unten in II beschrieben, ergeben.

Wenn ein Gerichtsverfahren gegen **Sie** angestrengt wird, zahlen **wir** alle Beträge, zu deren Zahlung Sie aufgrund von **Körperverletzungen** oder **Sachschäden** an den Räumlichkeiten oder Gütern der **Gastfamilie**, die sich aus **Ihren** persönlichen Handlungen im Gastland ergeben, gesetzlich verpflichtet sind. Für den Versicherungsschutz gilt eine **Maximalleistung** von einer Million Dollar (1.000.000 \$) pro Zeitraum von 365 Tagen.

II. Hausrats- und Haftpflichtversicherung der Gastfamilie/Sonstiger anwendbarer Versicherungsschutz:

Dieser Versicherungsschutz gilt, solange **Sie** sich in **Ihrem Gastland** aufhalten. Wenn eine **Ihrer** Handlungen zu einem **erstattungsfähigen** Anspruch im Rahmen einer gültigen und eintreibbaren Hausrats- und Haftpflichtversicherung **Ihrer Gastfamilie** oder einer ähnlichen Versicherungspolice führt, die **Sachschäden** an **Ihrem** vorübergehenden Wohnsitz abdeckt, zahlen **wir** den entstandenen Schaden bis zur Höhe der Selbstbeteiligung im Rahmen der Hausrats- und Haftpflichtversicherung der **Gastfamilie** (oder einer ähnlichen Versicherungspolice), höchstens jedoch eintausend Dollar (1.000 \$) pro Zeitraum von 365 Tagen. **Wir** zahlen die Leistung gemäß dieser Bestimmung erst, nachdem **Sie uns** einen ordnungsgemäßen Nachweis über die Summe des entstandenen **Sachschadens** vorgelegt haben.

In Anbetracht auf die oben genannten Punkte I. und II., sind **Sie** bis zur **Maximalleistung** in Bezug auf folgende Dinge versichert:

1. Die vom Unternehmen genehmigte Entschädigung, die **Sie** für Vergleiche oder Gerichtsurteile zahlen müssen; und
2. Die damit verbundenen, vom Unternehmen vorab genehmigten Anwaltskosten für **Ihre** Vertretung in einem Gerichtsverfahren. Die rechtliche Vertretung muss durch eine oder mehrere Personen erfolgen, bei denen es sich nicht um **unmittelbare Familienmitglieder** handelt und die von **uns** vorab genehmigt wurden.

Die maximale Haftung des Unternehmens für jeglichen ausgehandelten Vergleich oder einen gerichtlichen Schiedsspruch ist der niedrigere Wert der folgenden:

1. Der ausgehandelte Vergleich oder der gerichtliche Schiedsspruch zuzüglich aller damit verbundenen Prozesskosten und Auslagen; oder,
2. Die **Maximalleistung**.

Für die Verteidigung gegen Anklagen, die nach dem Strafgesetzbuch oder ähnlichen Gesetzen gegen **Sie** erhoben werden, ist unsere Haftung für Rechtsverteidigungskosten auf einen Höchstbetrag von fünfundzwanzigtausend Dollar (25.000 \$) für alle **Ihre** Handlungen beschränkt, die angeblich während des **Versicherungszeitraums** dieser Versicherung erfolgt sind.

Wir werden **Sie** nur entschädigen, wenn:

1. Alle Anschuldigungen von den für die Erhebung der Gebühren zuständigen Behörden zurückgezogen werden, oder
2. **Sie** nach einem rechtskräftigen Urteil oder einer Gerichtsentscheidung für nicht schuldig befunden werden.

Wir haben das Recht, die Verteidigung in einem gegen **Sie** angestregten Gerichtsverfahren zu übernehmen und zu führen und in diesem Verfahren in **Ihrem** Namen zu verhandeln.

III. BEDINGUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN

1. Ohne **unsere** Zustimmung dürfen keine Eingeständnisse, Angebote, Versprechen oder Entschädigungen erteilt werden.
2. **Sie** sind verpflichtet, alle möglichen Schritte zu unternehmen, um den Schaden zu verhindern und zu minimieren; dazu gehört auch, dass Sie **uns** so schnell wie möglich benachrichtigen und alle Informationen zu den Umständen eines möglichen Anspruchs liefern.
3. **Sie** müssen alle von **uns** geforderten Informationen und Hilfestellungen zur Verfügung stellen. **Sie** müssen **uns** Kopien aller Briefe, Schriftsätze und anderer relevanter Dokumente und Materialien, die **Sie** erhalten haben, zur Verfügung stellen.
4. **Wir** können **Ihnen** in Bezug auf diese Versicherung nach **unserem** alleinigen Ermessen die geltende **Maximalleistung** abzüglich bereits gezahlter Beträge oder einen geringeren Betrag, für den der Anspruch/die Ansprüche beglichen werden kann/können, zahlen. **Wir** sind danach nicht mehr haftbar, mit der Ausnahme, dass **wir** in Fällen, in denen die **Maximalleistung** nicht gezahlt wurde, die von **uns** vorab genehmigten Anwalts- und Gerichtskosten bis zur Höhe der verbleibenden **Maximalleistung** übernehmen.
5. Die zu zahlenden Leistungen sind höher als alle Versicherungen des Gebäudeeigentümers, Mieters oder sonstigen Versicherungen und alle anderen Rückvergütungsmöglichkeiten. Wenn für **Sie**, **Ihre Gastfamilie** oder einen Dritten eine andere Versicherung für einen unter dieser Versicherung abgedeckten Schaden besteht, gehen **unsere** in dieser Versicherung genannten Verpflichtungen über diese Versicherung hinaus. In keinem Fall kommt diese Versicherung zur Anwendung, bevor nicht alle anderen Versicherungen ihre jeweiligen maximalen Versicherungsleistungen gezahlt haben.
6. **Sie** müssen **uns** zu dem Zeitpunkt benachrichtigen, an dem **Sie** erstmals von einer Klage/einem Anspruch gegen **Sie** erfahren. **Sie** können **uns** für schadenbezogene Fragen unter folgender Adresse kontaktieren: E-Mail: claims@zurich.com
Adresse: Zurich Canada
First Canadian Place, 100 King Street West Suite 5500,
P.O. Box 290
Toronto, Ontario M5X 1C9 Kanada
Telefonnummer für Kundenauskünfte: 1-866-345-3454
7. Geltendes Recht: Diese Versicherung unterliegt den Gesetzen der Provinz Ontario und unterliegt den Bestimmungen des *Insurance Act* (Versicherungsgesetzes) für in Ontario abgeschlossene Versicherungsverträge.
8. Sanktionen: Im Rahmen dieser Versicherung werden keine Leistungen für Verluste oder Ausgaben gezahlt, die aufgrund oder als Folge **Ihrer** Reise in ein sanktioniertes Land zum Zwecke von Geschäften oder Aktivitäten entstehen, die gegen kanadische oder andere anwendbare nationale Wirtschafts- oder Handelssanktionsgesetze oder -vorschriften verstoßen würden.

IV. AUSSCHLÜSSE

A. Es besteht kein Versicherungsschutz für jegliche vorgebrachten Ansprüche oder Handlungen, die sich aus folgenden Dingen ergeben oder daraus resultieren:

1. Krieg, Invasion, Handlungen ausländischer Feinde, Feindlichkeiten, Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand oder militärische Machtergreifung;
2. Jeglichen Ansprüchen, die direkt oder indirekt, ganz oder teilweise, aus Terrorismus oder aus einer Aktivität oder Entscheidung einer staatlichen Behörde oder einer anderen Einrichtung zur Verhinderung, Bekämpfung oder Beendigung terroristischer Aktionen resultieren, unabhängig von anderen Ursachen oder Ereignissen, die gleichzeitig oder in beliebiger Reihenfolge zu dem Verlust oder Schaden beitragen;
3. **Ihrer** Teilnahme an Aufständen oder Revolten;
4. Verwendung jeglicher Waffen;
5. **Körperverletzung** oder **Sachschäden**, die im Rahmen einer von der Nuclear Insurance Association of Canada oder einer anderen Gruppe oder einem Pool von Versicherern ausgestellten Kernenergie-Haftpflichtversicherung versichert werden müssen;
6. a. sexuellem(r), körperlichem(r), psychologischem(r) oder emotionalem(r) Missbrauch oder Belästigung, einschließlich Körperstrafen, durch **Sie**, auf **Ihre** Anweisung oder mit **Ihrem** Wissen; oder
b. **Ihrer** Unterlassung, Schritte gegen sexuelle(n), körperliche(n), psychologische(n) oder emotionale(n) Missbrauch oder Belästigung, einschließlich Körperstrafen, einzuleiten;
7. Der Übertragung einer Krankheit durch **Sie**;
8. Schäden, die durch die Begehung oder den Versuch der Begehung einer vorsätzlichen, rechtswidrigen oder böswilligen Handlung durch **Sie** verursacht wurden;
9. Unternehmerische Aktivitäten;
10. Der Erbringung oder Nichterbringung einer beruflichen Dienstleistung;
11. Eigentum, das **Sie** verkaufen, vermieten, verpachten oder zur Nutzung durch Dritte verleihen;
12. Schäden, die auf Abnutzung oder Verschleiß zurückzuführen sind;
13. Schäden, die durch Tiere verursacht werden, die **Ihnen** gehören oder für die **Sie** sorgen;
14. a. dem Löschen, der Zerstörung, der Verfälschung, der Unterschlagung oder der Fehlinterpretation von Daten;
b. dem irrtümlichen Erstellen, Ändern, Eingeben, Löschen oder Verwenden von Daten, einschließlich aller Nutzungsausfälle, die sich aus einer dieser Handlungen oder Ereignisse ergeben; oder
c. der Verbreitung oder Anzeige von Daten über eine Webseite, das Internet, ein Intranet, Extranet oder ein ähnliches Gerät oder System, das für die elektronische Übermittlung von Daten konzipiert oder bestimmt ist;
d. Zugang zu oder Offenlegung von vertraulichen oder persönlichen Informationen von Personen oder Organisationen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Patente, Geschäftsgeheimnisse, Verarbeitungsmethoden, Kundenlisten, Finanzinformationen, Kreditkarteninformationen, Gesundheitsinformationen oder jede andere Art von persönlichen oder nicht öffentlichen Informationen.
15. Dem Besitz, der Nutzung (einschließlich des Be- oder Entladens) oder dem Betrieb von Kraftfahrzeugen, Wasserfahrzeugen, Flugzeugen, motorisierten Fahrzeugen oder Anhängern, die an einem der vorgenannten Fahrzeuge angebracht sind;

16. Der Nutzung oder dem Eigentum an Grundstücken oder Gebäuden mit Ausnahme von Gebäuden, die **Sie** während des **Versicherungszeitraums** der Police vorübergehend bewohnen;

17. Der Missbrauch von Drogen, Alkohol oder Medikamenten, wenn dies direkt oder indirekt zu dem einen Anspruch verursachenden Zustand führt.

18. Kosten, die aus einer anderen Quelle erstattet werden können oder hätten erstattet werden können, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Einzel-, Gruppen- oder vorausbezahlte Krankenversicherungen für Angestellte oder private Krankenversicherungen, Kreditkartenversicherungen, staatliche Krankenversicherungen oder Haftpflichtversicherungen/Polen;

19. Betrug, Verschleierung oder vorsätzliche Falschangaben in Bezug auf eine beliebige diese Versicherung betreffende Angelegenheit, oder in Verbindung mit der Geltendmachung von Ansprüchen aus dieser Versicherung; und

20. **Ihrer** Reise in oder innerhalb ein(es) Land(es), eine(r) Stadt oder eine(r) Region, die in einer Reisewarnung aufgeführt sind, die von **Ihrem Heimatland** oder **Ihrem Gastland** herausgegeben wurde, um seine Einwohner vor Reisen zu warnen.

B. Es besteht auch kein Versicherungsschutz in Bezug auf Ansprüche und/oder Klagen, die vorgebracht werden:

1. Durch **Ihre unmittelbaren Familienangehörigen**;

2. Durch bei **Ihnen** angestellte Personen;

3. Für Strafschadensersatz oder exemplarischen Schadenersatz;

V. BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

Berechtigt ist eine Person unter 65 Jahren, die außerhalb **Ihres Heimatlandes** reist (oder ein nach Kanada zurückkehrender Kanadier), wie z. B. Studenten, Lehrkräfte, Lehrer, Aufsichtspersonen, Teilnehmer am Bildungsaustausch.

Datum des Inkrafttretens bedeutet das Datum, an dem **Ihr** Versicherungsschutz gemäß dieser Versicherungspolice beginnt. Der Versicherungsschutz beginnt spätestens an dem Datum und der Uhrzeit,

a. zu der die erforderliche Prämie gezahlt wird, oder

b. an dem Datum, das **Sie** als Startdatum in **Ihrem** Antrag angefordert haben, oder

c. an dem Datum, an dem **Sie Ihr Heimatland** zwecks eines Studiums in Kanada verlassen haben, oder

d. für zurückkehrende Kanadier, an dem Datum, an dem **Sie** nach Kanada zurückkehren.

Ehepartner bezeichnet **Ihren Ehepartner**, mit dem Sie vor dem Gesetz verheiratet sind, oder eine Person, mit der **Sie** zusammenleben und die öffentlich als **Ihr Ehepartner** dargestellt wird.

Gastfamilie bezeichnet die Person(en) oder die Familie, bei der **Sie** als Student wohnen, während **Sie** sich in Kanada außerhalb **Ihres Heimatlandes** aufhalten.

Gastland bezeichnet Kanada, das Land, in dem **Sie** sich vorübergehend als Student aufhalten, während **Sie** nicht in **Ihrem Heimatland** sind. Vorbehaltlich eines Anspruchs oder einer Klage, die nur in Kanada erhoben wird, schließt das **Gastland** jedes andere Land ein, in dem **Sie** sich im Rahmen eines vorübergehenden Arbeitseinsatzes oder eines Austauschprogramms im Zusammenhang mit **Ihrem** Studium in Kanada aufhalten.

Gesetzliche Haftung ist die Verantwortung, die Gerichte zwischen Personen, die sich gegenseitig verklagen, anerkennen und durchsetzen.

Heimatland bezeichnet das Land, in dem der Versicherte seinen ständigen Wohnsitz hat.

Körperverletzung bedeutet **Körperverletzung**, Erkrankung, Krankheit oder Tod als Folge.

Kündigungstermin bedeutet das Datum, an dem Ihr Versicherungsschutz unter dieser Versicherung endet. Der Versicherungsschutz endet an dem Datum,

- a. das auf dem Antrag als **Kündigungstermin** angegeben ist,
- b. oder bei Beendigung einer Verlängerung dieser Police, je nachdem, was später eintritt. Wenn **Sie** aus einem anderen Grund als dem in **Gastland** definierten in **Ihr Heimatland** zurückkehren, endet der Versicherungsschutz mit dem Datum **Ihrer Rückkehr in Ihr Heimatland**.

Maximalleistung bezeichnet den Betrag, der als Höchstbetrag für eine bestimmte Leistung angegeben ist und für Leistungen gilt, die während des **Versicherungszeitraums** erhalten werden. Ungeachtet der Anzahl der in einem Zeitraum von 365 Tagen ausgestellten Versicherungspolice verlängern sich die **Maximalleistungen** nicht für nachfolgende **Versicherungszeiträume**, bis:

- a. zum Ablauf von 365 Tagen ab dem **Datum des Inkrafttretens** der ursprünglich erworbenen Versicherungspolice und am Jahrestag jedes Jahres danach; oder
- b. zum **Inkrafttreten** eines neuen **Versicherungszeitraums**, sofern er mehr als 365 Tage nach dem **Inkrafttreten** des ursprünglichen **Versicherungszeitraums** der ersten Versicherungspolice liegt.

Plan-Administrator ist die Zurich Insurance Company Ltd (Niederlassung Kanada).

Sachschäden bedeutet:

2. Physische Beschädigung oder Zerstörung von Sachvermögen;
3. Nutzungsausfall von Sachvermögen.

Unfall/unfallbedingt bezeichnet ein plötzliches, unerwartetes, unvorhersehbares, unvermeidbares äußeres Ereignis, das direkt und unabhängig von allen anderen Ursachen zu **Körperverletzungen** eines **Versicherten** während des **Versicherungszeitraums** führt.

Unmittelbare Familienangehörige sind **Ihr Ehepartner**, Elternteil, gesetzlicher Vormund, Stiefelternteil, Großelternteil, Enkel, Schwiegereltern, natürliches oder adoptiertes Kind, Bruder, Schwester, Stiefbruder, Stiefschwester, Tante, Onkel, Nichte, Nefte oder eine angestellte Betreuungsperson für unverheiratete abhängige Kinder unter 19 Jahren.

Versicherte/r, Sie oder Ihr bedeutet jede **berechtigte** Person, die einen Antrag und eine entsprechende Zahlung für den Versicherungsschutz gemäß dieser Versicherungspolice einreicht und die Annahme des Versicherungsschutzes von **unserem Plan-Administrator** in Form einer Bestätigung oder einer gültigen Versicherungs-Ausweiskarte erhält.

Versicherungszeitraum bezeichnet den Zeitraum, in dem Sie für die in dieser Versicherung vorgesehenen Leistungen versichert sind, ab 00:01 Uhr am Datum des Inkrafttretens bis 24:00 Uhr an entweder dem Tag,

- a. der auf dem Antrag als **Kündigungstermin** angegeben ist; oder
- b. der Beendigung einer Verlängerung dieser Police. Wenn **Sie** aus irgendeinem Grund in **Ihr Heimatland** zurückkehren, es sei denn, **Sie** nehmen an einem zeitlich begrenzten Arbeitseinsatz oder Austauschprogramm im Zusammenhang mit **Ihrem Studium** in Kanada teil. Die maximale **Geltungsdauer** einschließlich der Verlängerungen beträgt 365 aufeinanderfolgende Tage ab dem **Datum des Inkrafttretens**.

Wir, uns, unsere ist die Zurich Insurance Company Ltd.

Alle anderen Begriffserklärungen, Bedingungen, Einschränkungen, Ausschlüsse und Bestimmungen der **GuardMe** Police sind anwendbar.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Durch die Übermittlung der angeforderten Informationen, die unter anderem den Namen, die Adresse, das Geburtsdatum und medizinische Informationen einer Person umfassen können, sichern **Sie** zu und gewährleisten, dass Sie die entsprechende Zustimmung der

betreffenden Person zur Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten an die Zurich Insurance Company Ltd und ihre Tochtergesellschaften und verbundenen Unternehmen in **Ihrem** Wohnsitzland oder im Ausland (zusammen „Zurich“) für die Erhebung, Speicherung, Verwendung, Weitergabe und Verarbeitung solcher personenbezogenen Daten, die für die Sicherstellung und Verwaltung des/der beantragten Versicherungsschutzes/Versicherungsschutzes erforderlich sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Risikobewertung, Vertragsdurchführung, Prämienfestsetzung, Prämieinzug, Schadensregulierung, Verwaltung, Untersuchung und Regulierung, Betrugsprävention, -aufdeckung und -bekämpfung oder statistische Auswertung, erhalten haben. **Sie** sichern zu und gewährleisten, dass **Sie** die Zustimmung der betroffenen Person zur Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten an Dritte durch Zurich eingeholt haben, soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist, einschließlich Rückversicherer, Drittverwalter, Makler, Agenten, Schadensregulierer, Aufsichtsbehörden oder andere staatliche oder öffentliche Stellen, Steuerbehörden, Branchenverbände, andere Versicherer und andere Dritte, die an der Erbringung von Versicherungsdienstleistungen beteiligt sind („Dritte“).

Zurich verpflichtet sich, die Datensicherheit und die Vertraulichkeit der bereitgestellten Informationen zu schützen. Personenbezogene Daten können von Zurich und autorisierten Dritten sowohl in inländischen als auch in ausländischen Gerichtsbarkeiten außerhalb Kanadas verarbeitet und sicher gespeichert werden und unterliegen den geltenden Gesetzen.

Zurich kann personenbezogene Daten so lange aufbewahren, wie es für die oben genannten Zwecke oder zur Erfüllung der gesetzlichen und regulatorischen Verpflichtungen von Zurich, zur Beilegung von Streitigkeiten und zur Durchsetzung der Vereinbarungen von Zurich erforderlich ist. Einzelpersonen können Einsicht in die von Zurich über sie gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen und Korrekturen vornehmen, indem sie sich schriftlich an folgende Adresse wenden: Datenschutzbeauftragter, Zurich Insurance Company Ltd (Niederlassung Kanada), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto, ON M5X 1C9 Kanada oder per E-Mail an privacy.zurich.canada@zurich.com.

Einzelpersonen können ihre Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verwendung, Offenlegung oder Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten verweigern oder zurückziehen; die Verweigerung der Zustimmung kann jedoch dazu führen, dass Zurich nicht in der Lage ist, den Versicherungsschutz anzubieten und zu verwalten, oder dass Zurich nicht in der Lage ist, die im Rahmen der Police zu zahlenden Schadenleistungen zu erbringen.

Für weitere Informationen über die Erhebung, Nutzung, Offenlegung, Verarbeitung und Speicherung von personenbezogenen Daten oder bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten von Zurich per E-Mail an privacy.zurich.canada@zurich.com. Unsere Datenschutzrichtlinie ist verfügbar unter <https://www.zurichcanada.com/en-ca/about-zurich/privacy-statement>.

Im Sinne des *Insurance Companies Act* (Gesetz über Versicherungsgesellschaften) (Kanada) wurde dieses Dokument im Rahmen des Versicherungsgeschäfts der Gesellschaft in Kanada erstellt.

[Unterschrift]

Head of Underwriting, bevollmächtigter
Vertreter für Kanada