

**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR LANGFRISTIGE AUSLANDSKRANKENVERSICHERUNGEN
(VB TEIL II - WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG)**

EXPAT RETIRED

| | | | |
|-------------|---|--|--------------------------|
| 1. | VERSICHERER: | Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstr. 11, D-97070 Würzburg | |
| 2. | VERSICHERUNGSNEHMERIN: | BDAE EXPAT GmbH | |
| 3. | VERSICHERUNGSBERECHTIGTE: | Natürliche Personen | |
| 4. | VERSICHERBARE PERSONEN: | Versicherungsberechtigte, die außerhalb des Landes leben, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, sowie deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gem. der VB Teil I, § 1 gegeben ist. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner und Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern der/die Versicherungsberechtigte oder der Ehepartner deren Erziehungsberechtigte sind. Eine Weiterversicherung der Kinder über das 18. Lebensjahr hinaus, im Rahmen eines eigenen Versicherungsverhältnisses, ist auf Antrag möglich. Familienangehörige, die die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes besitzen, können mitversichert werden. Das Höchstaufnahmevermögen beträgt 67 Jahre. | |
| 5. | VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN: | Versicherungsbedingungen für langfristige Auslandskrankenversicherungen - VB Teil I und Teil II der Würzburger Versicherungs-AG (EXPAT RETIRED). | |
| 6. | GELTUNGSBEREICH: | Weltweit, mit Ausnahme des Heimatlandes und USA/Kanada/Deutschland. Im jeweiligen Heimatland (mit Ausnahme USA/Kanada) besteht Versicherungsschutz für drei Monate (kumuliert) pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis. | |
| 7. | BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES: | Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, § 4 und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes. | |
| 8. | VERSICHERUNGSAHRE: | Jeweils vom 01.04. eines jeden Jahres bis zum 31.03. des darauffolgenden Jahres. | |
| 9. | DAUER DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSSES: | Die Laufzeit ist im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages unbefristet. | |
| 10. | KÜNDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSSES: | Der Versicherungsschutz kann für einzelne versicherte Personen mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Versicherungsjahres vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. | |
| 11. | ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND: | Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ist für jede zu versichernde Person ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Für zu versichernde Personen ab 60 Jahren ist zusätzlich auf eigene Kosten ein ärztliches Gesundheitszeugnis beizubringen. Die Versicherungsnehmerin behält sich eine Risikoprüfung vor und entscheidet über die Annahme des Antrages. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen. | |
| 12. | LEISTUNGEN: | EXPAT RETIRED BASIS | EXPAT RETIRED TOP |
| 12.1 | AMBULANTE HEILBEHANDLUNG: | 100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand. | Keine Leistung |
| 12.2 | STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG: | 100% für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, im Heimatland in der allgemeinen Pflegeklasse (Bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, § 5, Abs. 8). Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung. | Keine Leistung |
| 12.3 | ARZNEI-, VERBAND- UND HEILMITTEL: | 100%, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig. | Keine Leistung |
| 12.4 | ZAHNMEDIZINISCHE HEILBEHANDLUNG: | 100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert. Pro Jahr Vertragslaufzeit ist eine einmalige Vorsorgeuntersuchung, jedoch keine Vorsorgebehandlung, mitversichert. | Keine Leistung |

| | | | |
|--------------|---|--|---|
| 12.5 | ZAHNERSATZ/ KIEFERORTHOPÄDISCHE MAßNAHMEN: | Keine Leistung | Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle die nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten eingetreten sind, für medizinisch notwendigen Zahnersatz bis 80% des Rechnungsbetrages höchstens jedoch: - bis zu 500 Euro pro Versicherungsjahr innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, - bis zu 2.000 Euro in jedem folgenden Versicherungsjahr Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf andere Versicherungsjahre übertragen werden. |
| 12.6 | VORSORGEUNTERSUCHUNGEN: | Keine Leistung | Ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen. |
| 12.7 | LEISTUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG: | Keine Leistung | Keine Leistung |
| 12.8 | HILFSMITTEL: | Keine Leistung | Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für die folgenden Hilfsmittel: a) Sehhilfen bis zu 50 Euro pro versicherter Person und Versicherungsjahr; b) Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen in einfacher Ausfertigung. |
| 12.9 | PSYCHOTHERAPIE: | Keine Leistung | Keine Leistung |
| 12.10 | SONSTIGE LEISTUNGEN: | a) 100% für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport oder Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: - innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, - kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen. | Keine Leistung |
| 12.11 | NACHHAFTUNG: | Keine Leistung | Keine Leistung |
| 13. | WARTEZEIT: | Keine | 8 Monate für Zahnersatz. |
| 14. | MONATSBEITRAG: | Der Beitrag ist eine Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar. | |
| | bis 50 Jahre | 158 Euro | 65 Euro |
| | ab 50 Jahre | 213 Euro | 81,25 Euro |
| | ab 65 Jahre | 261 Euro | 104 Euro |
| | ab 70 Jahre | 284 Euro | 104 Euro |
| | | Die oben genannten Beiträge erhöhen sich ab dem ersten Monat des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das jeweilige Alter erreicht. | |
| 14.a | SELBSTBEHALT: | 250 Euro | 0 Euro |
| | | Der Selbstbehalt gilt jeweils pro Person und Versicherungsjahr. Unterjährige An-/Abmeldungen werden anteilig berechnet. | |
| 15. | SONSTIGES: | Ein nachträglicher Wechsel zwischen den Modulen oder eine nachträgliche Hinzunahme des Moduls ist nicht möglich. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Abschluß einer Anwartschaftsversicherung wird angeraten. | |



VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR LANGFRISTIGE AUSLANDSKRANKENVERSICHERUNGEN (VB TEIL I - WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG)

§ 1 VERSICHERBARE PERSONEN UND VERSICHERUNGSFÄHIGKEIT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Gruppenversicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsberechtigte gestellt werden. Versicherungsberechtigte sind juristische und natürliche Personen gemäß den jeweils zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen.
2. Versicherbar sind natürliche Personen.
3. Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind
 - a) dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
 - b) Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
4. Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt nicht nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz.
5. Nicht versicherbar sind natürliche Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland, bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag die Gesamtversicherungsdauer aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von 5 Jahren überschritten hat.

§ 2 ABSCHLUSS UND BEENDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

1. Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
2. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen mitzuteilen.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes.
5. Sind Versicherungsberechtigter und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und die Versicherungsnehmerin dieses dem Versicherer bei der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag entsprechend nachweist. Die betroffene versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsberechtigten fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

§ 3 PRÄMIE, LEISTUNGSANPASSUNG, VERSICHERUNGSJAHR

1. Die Prämie ist eine Jahresprämie, die in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Sie ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.
2. Die Versicherungsnehmerin hat das Recht, einzelne versicherte Personen wegen Nichtzahlung der Prämie aus dem Gruppenversicherungsvertrag abzumelden.
3. Der Versicherer ist berechtigt, zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine

Änderung des Beitrages oder des Umfangs der Versicherungsleistung vorzunehmen, sofern er dies der Versicherungsnehmerin mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des vereinbarten Versicherungsjahres mitteilt.

4. Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen für langfristige Auslandskrankenversicherungen - VB Teil II der Würzburger Versicherungs-AG.
5. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, eine Anpassung der Prämie oder der Versicherungsleistung mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres den Versicherungsberechtigten und der versicherten Personen schriftlich mitzuteilen.

§ 4 GELTUNGSBEREICH, BEGINN, DAUER UND ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen eines befristeten Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
 - a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich;
 - b) nicht vor Eintritt der Versicherbarkeit der versicherten Person;
 - c) nicht vor Zahlung der Prämie;
 - d) nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.
2. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
3. Für Versicherungsfälle, die während der vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
4. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird in den VB Teil II des jeweiligen Produktes festgelegt.
5. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
 - a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person, spätestens jedoch mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer des gewählten Produktes;
 - b) mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der im Produkt festgelegten Fristen und Voraussetzungen;
 - c) mit dem Tod der versicherten Person;
 - d) zum Ende des Monats der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;
 - e) mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, §1;
 - f) sobald die im Produkt genannten Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
 - g) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

§ 5 GEGENSTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES UND UMFANG DER LEISTUNGSPFLICHT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, dem gewählten Produkt und den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit dem Eintritt in die Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
3. Sofern das jeweilige Produkt entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:
 - a) ärztliche Behandlungen einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat sowie Behandlungen wegen Fehlgeburt;
 - b) durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
 - c) Entbindungen nach Ablauf der im jeweiligen Produkt vereinbarten Wartezeit;
 - d) Ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
 - e) Tod.
4. Der Versicherer leistet je nach versichertem Produkt Entschädigung für akut und unerwartet während des Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich eintretende Versicherungsfälle.
5. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Bedingungen und dem jeweils gewählten Produkt.
6. Im vereinbarten Geltungsbereich steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland niedergelassenen, gesetzlich anerkannten und approbierten Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern sowie Hebammen frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für ihren Berufsstand - sofern vorhanden - oder die ortsübliche Gebühr abrechnen.
7. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in VB Teil I, § 5, Abs. 6 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
8. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).
9. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzung von VB Teil I, § 5, Abs. 8, erfüllen, werden die vereinbarten Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
10. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
11. Der Versicherer leistet im vereinbarten Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch einen versicherten Leistungsfall eintritt.

12. Der Versicherer leistet im vereinbarten Umfang die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Heimatland oder am ständigen Wohnsitz der versicherten Person. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn nachgewiesen wird, dass im vereinbarten Geltungsbereich eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und der Rücktransport vom Arzt des Versicherers befürwortet wird. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

§ 6 ALLGEMEINE EINSCHRÄNKUNGEN DER LEISTUNGSPFLICHT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Schäden durch Kernenergie, sowie für solche Ereignisse, die auf vorsätzliches Handeln der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person zurückzuführen sind.
2. Keine Leistungspflicht besteht für:
 - a) die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen. Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden sind.
 - b) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
 - c) Behandlungen während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Krankenhausaufenthalt. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall behandlungsbedürftig arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.
 - d) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - e) Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose, Psychoanalyse und Psychotherapie;
 - f) Immunisierungsmaßnahmen;
 - g) Hilfsmittel;
 - h) Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen sowie dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen;
 - i) Vorsorgeuntersuchungen;
 - j) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder, in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen oder Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden je nach vereinbartem Produkt erstattet.
 - k) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch berufsmäßige Teilnahme an sportlichen, von Verbänden und Vereinen veranstalteten Wettkämpfen und deren Vorbereitung verursacht werden oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - l) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - m) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung von World Health Organisation empfohlener oder gesetzlich vorgeschriebener Schutzimpfungen auftreten, es sei denn, dass medizinische Gründe der Schutzimpfung entgegenstehen. In diesem Falle sind die medizinischen Gründe dem Versicherer durch ein ärztliches Attest zu belegen.
 - n) Behandlungen eines Abhängigkeitssyndroms und deren Folgen;
 - o) Selbstmordversuche und deren Folgen;
 - p) Organspenden und deren Folgen;
 - q) Zahnersatz (wie z.B. Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen.

3. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und Krankenanstalten oder Hebammen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherer den Versicherungsberechtigten und die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles über den nicht mehr zu erstattenden Behandler informiert hat. Sofern vor der Benachrichtigung ein Versicherungsfall eingetreten ist, besteht für den betroffenen Behandler die im jeweiligen Produkt festgelegte Leistungspflicht für maximal drei Monate gerechnet ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung.
4. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung ortsüblich nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- c) Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen.
- d) Zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Eurokurs des Tages umgerechnet, an dem die Belege beim Versicherer eingehen. Es gilt der amtliche Devisenkurs. Es sei denn, die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen wurden nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben.
3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen vereinbart werden.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsrechte oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, auch nicht auf andere Weise eine Leistungsprüfung ermöglicht wird, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Leistung nicht fällig.
6. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch den Versicherer infolge eines Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gehindert sind.
7. Ansprüche aus diesem Gruppenversicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 7 OBLIEGENHEITEN UND FOLGEN VON OBLIEGENHEITSVERLETZUNGEN

1. Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - a) alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenhöhung führen könnte;
 - b) alle Schäden, die voraussichtlich eine Summe von 1.000 Euro überschreiten, dem Versicherer oder dessen Beauftragten unverzüglich anzuzeigen;
 - c) dem Versicherer oder dessen Beauftragten jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen, sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.
2. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.
3. Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.
4. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, besteht eine solche oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsrechte in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, sind der Versicherungsrechte und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
5. Schwangerschaften sind, sofern das Produkt nichts anderes vorsieht, innerhalb von 4 Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzuzeigen.
6. Medizinisch notwendige Rücktransporte sind vor deren Durchführung dem Versicherer anzuzeigen.
7. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
8. Beginn und Ende, sowie die Unterbrechung eines Aufenthaltes im vorgesehenen Geltungsbereich, sowie das Vorliegen der produktspezifischen Voraussetzung auf Versicherungsfähigkeit sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
9. Versicherungsrechte und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.
10. Verletzt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte oder die versicherte Person.

§ 8 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum des Versicherers - erbracht sind:
 - a) Bezahlte Original-Belege, die den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Namen und Anschrift des Behandlers, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungs-Zweitschriften. Werden fremdsprachige Belege eingereicht, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, sind auf Verlangen des Versicherers deutsch- oder englischsprachige Übersetzungen beizubringen.
 - b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.

§ 9 ENTSCHÄDIGUNG AUS ANDEREN VERSICHERUNGS- VERTRÄGEN UND ANSPRÜCHE GEGEN DRITTE

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall über diesen Gruppenversicherungsvertrag zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte oder die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

§ 10 AUFRECHNUNG

Versicherungsnehmerin, Versicherungsrechte und versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11 WILLENSERKLÄRUNGEN UND ANZEIGEN

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, Elektronischer Datenträger, etc). Die versicherte Person hat ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag gegen den Versicherer geltend zu machen.

§ 12 ANZUWENDENDEN RECHT / VERTRAGSSPRACHE

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 13 ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigigt.

§ 14 AUFSICHTSBEHÖRDE UND BESCHWERDESTELLEN

Sollten Sie mit einer Leistung oder Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte direkt an den Versicherer.

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist das Bundesaufsichtsamt für Finanzdienstleistungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Würzburger Versicherungs-AG ist Mitglied im Verein PKV-Ombudsman. Versicherten Personen, in Produkten deren Versicherer die Würzburger Versicherungs-AG ist, eröffnet sich daher ein besonderer Service, den unabhängigen und neutralen Ombudsman in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Ombudsman
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222
10052 Berlin
Tel.: 0800 2 55 04 44
Fax: 030 20 45 89 31
www.pkv-ombudsman.de



PATIENTEN-RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG FÜR BDAE-VERSICHERTE



NEU: ERSTMALS WELTWEITER PATIENTEN-RECHTSSCHUTZ

Zusätzlich zu Ihrer Auslandskrankenversicherung hat Ihr BDAE für Sie kostenfrei eine Patienten-Rechtsschutzversicherung für das Ausland abgeschlossen. Dabei handelt es sich um eine von dem renommierten Rechtsschutzversicherer ARAG entwickelte Absicherung, die es in ihrer Art erst seit Anfang 2010 gibt. Dank einer Kooperation Ihres BDAE mit der ARAG gilt der Patienten-Rechtsschutz für Sie auf der ganzen Welt.

WAS IST ABGESICHERT?

Die Versicherungspolice greift, wenn Ärzte oder ärztliches Personal Behandlungsfehler gemacht haben, durch die Sie in irgendeiner Weise zu Schaden kommen. Zwar ist Vertrauen die Basis der Arzt-Patienten-Beziehung, doch auch Mediziner können Fehler machen. Für Patienten ist es dann oft besonders schwierig, in der komplizierten Auseinandersetzung um einen Behandlungsfehler zu ihrem Recht zu kommen. Zumal Patienten dann für gewöhnlich die Auseinandersetzung nicht mehr direkt mit dem behandelnden Arzt, sondern mit der Berufshaftpflichtversicherung des Mediziners führen müssen.

Versichert sind Rechtsfälle in Höhe von je bis zu einer Million Euro weltweit. Bis zu dieser Höhe übernimmt die ARAG sämtliche Anwalts- und Gerichtskosten. Auf Wunsch empfiehlt Ihnen der Versicherer außerdem einen Anwalt für Medizinrecht. Darüber hinaus bietet Ihnen die ARAG einen Online-Recht-Service, wo Ihnen über 1.000 Musterschreiben und -verträge rund um die Bereiche Arbeit, Familie und Verkehr zur Verfügung stehen. Das Team von dem ARAG-JuraTel® steht Ihnen ebenfalls für eine telefonische Erstberatung aufgrund eines Schadenersatz-Anspruchs oder wegen des Vorwurfs eines strafrechtlichen Vergehens zur Seite. Darüber hinaus ist pro Kalenderjahr ein Beratungsgespräch mit einem in Deutschland zugelassenen Rechtsanwalt zur Erstellung oder Änderung einer Patientenverfügung einschließlich Vorsorgevollmacht bis zu 250 Euro versichert.

WANN LIEGEN BEHANDLUNGS- UND AUFKLÄRUNGSFEHLER VOR?

Nicht nur die viel zitierte Schere, die der Chirurg während der OP im Bauch vergessen hat, gilt als Behandlungsfehler, sondern beispielsweise auch falsche Angaben zur Dosierung eines Medikaments. Als Behandlungsfehler wird somit die nicht angemessene, insbesondere nicht sorgfältige, nicht richtige oder nicht zeitgerechte Behandlung des Patienten durch einen Arzt bezeichnet. Ist vor der Behandlung die Aufklärung durch den Arzt über Notwendigkeit und Risiken der Behandlung nicht erfolgt, handelt es sich um einen – ebenfalls versicherten – Aufklärungsfehler. Dies gilt nicht nur für Ärzte, sondern etwa auch für Krankenhauspersonal, Psychotherapeuten, Apotheker oder Pflegedienste. Sie alle sind Ärzten im Patienten-Rechtsschutz gleichgestellt.

ÜBER DIE ARAG ALLGEMEINE RECHTSSCHUTZ-VERSICHERUNGS-AG

Der ARAG Konzern ist ein international anerkannter unabhängiger Partner für Recht und Schutz und gilt als das größte Familienunternehmen in der deutschen Assekuranz. Außerhalb Deutschlands ist die ARAG in weiteren zwölf europäischen Ländern und den USA für ihre Kunden aktiv. Auf dem US-amerikanischen Rechtsschutzmarkt nimmt die ARAG heute eine Spitzenposition ein. Darüber hinaus ist der Konzern in Spanien und Italien mit seinen Rechtsschutzprodukten Marktführer. Der BDAE kooperiert seit 2008 mit dem Unternehmen. Gemeinsam haben die ARAG und der BDAE die erste weltweit gültige Auslands-Rechtsschutzversicherung entwickelt.



MEDIZINISCHE ASSISTANCE FÜR BDAE-VERSICHERTE UND BDAE-MITGLIEDER

Wer im Ausland medizinische Hilfe benötigt, legt Wert auf eine schnelle, kompetente und reibungslose Unterstützung. Deshalb hat die BDAE GRUPPE ein Assistance-Programm mit den entsprechenden Hilfs-, Notfall- und Service-Angeboten in ihr Versicherungskonzept integriert. Die folgenden Assistance-Leistungen stellt der BDAE seinen Versicherten und Mitgliedern in Kooperation mit dem Spezialisten AGA Service Deutschland GmbH zur Verfügung:

24 H NOTFALLBEREITSCHAFT DES BDAE UNTER +49 - 40 - 30 68 74 - 74

- Mehrsprachige, qualifizierte 24-Stunden-Notfall-Hotline
- Ein weltweites Netzwerk medizinischer Service-Anbieter
- Informationen über (zahn)medizinische Leistungsträger (z.B. Namen, Adressen und Telefonnummern sowie Sprechzeiten von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Kliniken innerhalb der aktuellen Aufenthaltsregion)
- Beratung von Patienten in Routine- und Notfällen
- Hilfe bei der Vereinbarung von Behandlungsterminen mit Krankenhäusern und Ärzten bei ambulanter Behandlung
- Organisation der Aufnahme in ein Krankenhaus im Krankheitsfall
- Unterstützung und Betreuung von Angehörigen durch Bereitstellung von länderspezifischen Daten und Informationen rund um die Gesundheitsversorgung
- Informationsvermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus sowie ggf. Nachrichtenübermittlungs-Service
- Unterstützung bei der Beschaffung und dem Versand von rezeptpflichtigen Medikamenten (soweit gesetzlich gestattet)
- Organisation von Dolmetschern und Übersetzungsdiensten
- Weltweiter Zugriff auf medizinische Informationen in deutscher und englischer Sprache
- Beratung und Unterstützung bei Verlust von wichtigen Dokumenten und Zahlungsmitteln

Zusätzlich zu den oben aufgeführten Assistance-Leistungen übernimmt der BDAE auf Anfrage die Kosten für weitere Dienstleistungen, für welche die ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE die Autorisierung direkt beim BDAE und dessen Risikoträger (Versicherer) einholt. Darunter fallen:

- Organisation von Notfall-Evakuierungen sowie Verlegungen in geeignete Krankenhäuser im medizinisch notwendigen Fall
- Organisation und Durchführung von Repatriierungen bis zu 250.000 Euro pro Schadenereignis
- Durchführung und Kostenübernahme der Überführung im Todesfall bis zu 10.000 Euro

Diese Leistungen können BDAE-Versicherte und -Mitglieder an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr abrufen. Um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren, halten Sie bitte bei der Kontaktaufnahme mit ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE stets Ihre BDAE-Versicherten- oder -Mitgliedsnummer bereit.