

# VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

## für Auslandskrankenversicherungen (VB Teil II – Würzburger Versicherungs-AG)

### Leistungsbeschreibung

Leistungen		EXPAT INFINITY <b>BASIC</b>	EXPAT INFINITY <b>CLASSIC</b>	EXPAT INFINITY <b>PREMIUM</b>
	<b>Jahreshöchstbetrag</b>	1.000.000 Euro	unbegrenzt	unbegrenzt
A1	<b>Ambulante Heilbehandlung</b>	Keine Leistung	<b>100%</b> 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, höchstens jedoch bis 15.000 Euro pro Versicherungsjahr.	<b>100%</b> 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.
A2	<b>Stationäre Heilbehandlung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, § 5, Abs. 8).</li> <li>b) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik.</li> <li>c) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, § 5, Abs. 8).</li> <li>b) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik.</li> <li>c) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Einbettzimmer in der einfachsten Form, soweit möglich.</li> <li>b) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik.</li> <li>c) Als Ersatz bzw. zur Abkürzung eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes werden nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten die Kosten für eine häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung pro Versicherungsjahr bis zu 90 Tage, höchstens jedoch bis 100 Euro pro Tag, übernommen. Die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung muss zusätzlich zur ärztlichen Heilbehandlung erfolgen und darf nur von einer zur Pflegekraft ausgebildeten Person übernommen werden. Die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung darf nicht für eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden.</li> <li>d) <b>100%</b> der Kosten für die Unterbringung eines Elternteils als Begleitperson bei der stationären Behandlung versicherter minderjähriger Kinder.</li> <li>e) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.</li> </ul>
A3	<b>Arznei-, Verband- und Heilmittel</b>	Im Rahmen von stationären Heilbehandlungen (Punkt A2).	<b>100%</b> , soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.	<b>100%</b> , soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.
A4	<b>Zahnmedizinische Heilbehandlung</b>	Keine Leistung	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>100%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert.</li> <li>b) Pro Jahr Vertragslaufzeit ist zu <b>100%</b> des Rechnungsbetrages eine einmalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert.</li> <li>c) Vorsorgebehandlungen (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung) sind nicht erstattungsfähig.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>100%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind ausschließlich als Zahnersatzbehandlung versichert.</li> <li>b) Pro Jahr Vertragslaufzeit ist zu <b>100%</b> des Rechnungsbetrages eine zweimalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert.</li> <li>c) <b>100%</b> des Rechnungsbetrages für Vorsorgebehandlungen (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung), höchstens jedoch bis 150 Euro pro Jahr Vertragslaufzeit.</li> </ul>

Fortsetzung auf nächster Seite ▶

Leistungen		EXPAT INFINITY <b>BASIC</b>	EXPAT INFINITY <b>CLASSIC</b>	EXPAT INFINITY <b>PREMIUM</b>
A5	<b>Zahnersatz/Kieferorthopädische Maßnahmen</b>	Keine Leistung	Keine Leistung	<p>Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten eingetreten sind für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>90%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendigen Zahnersatz und</li> <li>• bis zu einem Alter von 18 Jahren für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen,</li> <li>• höchstens jedoch bis insgesamt 3.000 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,</li> <li>• bis insgesamt 5.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren,</li> <li>• ab dem vierten Versicherungsjahr höchstens bis 4.000 Euro pro Versicherungsjahr.</li> </ul> <p>Für in der Vertragslaufzeit unfallbedingt erforderlichen Zahnersatz besteht Versicherungsschutz ohne Wartezeit innerhalb der Höchstgrenzen. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.</p>
A6	<b>Vorsorgeuntersuchungen</b>	Keine Leistung	<p>Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder, inklusive aller damit verbundenen Impfungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.</li> <li>b) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.</li> </ol>	<p>Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder, inklusive aller damit verbundenen Impfungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen. Reiseschutzimpfungen für Kinder sind bis zu 250 Euro pro Versicherungsjahr, inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen, versichert.</li> <li>b) Impfungen, inklusive Reiseschutzimpfungen ab dem 18. Lebensjahr, bis zu 600 Euro pro Versicherungsjahr, inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen.</li> <li>c) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.</li> <li>d) folgende Vorsorgeuntersuchungen: Allgemeine Gesundheitsuntersuchung, EKG, Belastungs-EKG, Cholesterin- und Blutzuckerbestimmung, Harnuntersuchung, höchstens jedoch bis 300 Euro pro Versicherungsjahr und versicherter Person und sofern zusammen mit der Rechnung die Untersuchungsergebnisse eingereicht werden.</li> </ol>

Fortsetzung auf nächster Seite ►

Leistungen		EXPAT INFINITY <b>BASIC</b>	EXPAT INFINITY <b>CLASSIC</b>	EXPAT INFINITY <b>PREMIUM</b>
A7	<b>Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung</b>	Keine Leistung	Keine Leistung	<p>Versicherungsschutz besteht für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen und Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat sowie Behandlungen wegen Fehlgeburt;</li> <li>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;</li> <li>c) Entbindungen nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten;</li> <li>d) Unterbringung bei stationären Entbindungen im Familienzimmer, in der jeweils einfachsten Form. <b>100%</b> der Kosten für die Unterbringung des Ehe-/Lebenspartners, sofern dieser im selbigen Vertrag versichert ist, höchstens jedoch bis 200 Euro pro Tag.</li> </ul>
A8	<b>Unfruchtbarkeitsbehandlungen</b>	Keine Leistung	Keine Leistung	<p>Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2h besteht nach vorheriger Prüfung und schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten sowie nach einer Wartezeit von 24 Monaten pro versichertem Paar Versicherungsschutz für Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen bis zu <b>60%</b> der gesamten Behandlungskosten, höchstens jedoch bis 6.000 Euro, gerechnet über die gesamte Lebensdauer. Als Paar gelten Ehe- und Lebenspartner, die nachweislich in einer häuslichen Gemeinschaft leben. Für die Übernahme der Kosten sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die angewandten Behandlungen müssen im Rahmen der in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorgaben (u. a. Embryonenschutzgesetz (EschG) und Präimplantationsdiagnostikgesetz (PräimpG)) erfolgen;</li> <li>• Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns müssen Frauen unter 40 Jahre alt sein sowie Männer unter 50 Jahre;</li> <li>• Die Unfruchtbarkeit muss aufgrund eines natürlichen, organisch bedingten Umstandes bestehen und kann nur durch Maßnahmen der assistierten Reproduktion überwunden werden;</li> <li>• Sowohl die Frau als auch der Mann müssen in selbigem Vertrag seit mindestens 24 Monaten versichert sein.</li> </ul>

Fortsetzung auf nächster Seite ►

Leistungen		EXPAT INFINITY <b>BASIC</b>	EXPAT INFINITY <b>CLASSIC</b>	EXPAT INFINITY <b>PREMIUM</b>
A9	<b>Hilfsmittel</b>	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für Hilfsmittel und deren Reparaturkosten jeweils bis zu <b>80%</b> des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis insgesamt 1.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für Hilfsmittel und deren Reparaturkosten jeweils bis zu <b>80%</b> des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis insgesamt 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
A10	<b>Sehhilfen inkl. Sehtest</b>	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht Versicherungsschutz für Sehhilfen bis zu 50 Euro pro versicherter Person und Versicherungsjahr. Sehtests sind zu <b>100%</b> versichert.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht Versicherungsschutz für Sehhilfen nach einer Wartezeit von 12 Monaten. Nach dieser Wartezeit werden alle drei Versicherungsjahre jeweils bis zu 600 Euro pro versicherter Person geleistet. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Sehtests sind zu <b>100%</b> versichert.
A11	<b>Augenlasern</b>	Keine Leistung	Keine Leistung	Nach vorheriger Prüfung und schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten sowie nach einer Wartezeit von 12 Monaten besteht Versicherungsschutz für Augenlaserbehandlungen sowie alle in diesem Zusammenhang notwendigen Untersuchungen und Behandlungen vor und nach der Laserbehandlung, bis insgesamt 2.500 Euro je Auge und pro Vertragslaufzeit.
A12	<b>Psychotherapie</b>	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2e besteht Versicherungsschutz für a) ambulante psychotherapeutische Behandlungen, jeweils bis zu <b>80%</b> des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf folgende Versicherungsjahre übertragen werden. b) stationäre psychotherapeutische Behandlungen bis zu 30 Tage pro Vertragslaufzeit.  Die Leistungsausschlüsse gemäß VB Teil I, § 6, Abs. 2l und n bleiben hiervon unberührt. Abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 6 sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker nicht erstattungsfähig.

Fortsetzung auf nächster Seite ►

Leistungen		EXPAT INFINITY <b>BASIC</b>	EXPAT INFINITY <b>CLASSIC</b>	EXPAT INFINITY <b>PREMIUM</b>
A13	<b>Krankentransport/Rücktransport/Überführung</b>	<p>a) <b>100%</b> für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück.</p> <p>b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>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.</p> <p>c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.</p>	<p>a) <b>100%</b> für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück.</p> <p>b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>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.</p> <p>c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.</p>	<p>a) <b>100%</b> für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück.</p> <p>b) Der Versicherer erstattet, abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 12, für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>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. Ein medizinisch sinnvoller Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist oder am ständigen Wohnsitz der versicherten Person die Aussicht auf den Behandlungserfolg eine höhere ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über den Rücktransport ist auf Verlangen vorzulegen.</p> <p>c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.</p>
A14	<b>Nachhaftung</b>	Keine Leistung	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.
A15	<b>Angeborene Leiden</b>	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6 Abs. 2r und unter Beachtung von C12 besteht Versicherungsschutz für Behandlungen aufgrund angeborener Leiden.	Abweichend von VB Teil I, § 6 Abs. 2r und unter Beachtung von C12 besteht Versicherungsschutz für Behandlungen aufgrund angeborener Leiden.
A16	<b>Sonstige Leistungen</b>	Keine Leistung	Die unter A1, A9 und A10 genannten Höchstbeträge verdoppeln sich, sofern Versicherungsschutz für die Zone 4 beantragt wurde, unabhängig davon, wo die Behandlung tatsächlich stattgefunden hat.	Die unter A2, A5, A6, A8, A9, A10, A11 und A12 genannten Höchstbeträge verdoppeln sich, sofern Versicherungsschutz für die Zone 4 beantragt wurde, unabhängig davon, wo die Behandlung tatsächlich stattgefunden hat.

Fortsetzung auf nächster Seite ►

## Vertragliche Grundlagen

C1	<b>Versicherer</b>	Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, D-97070 Würzburg						
C2	<b>Versicherungsnehmerin</b>	BDAE Expat GmbH						
C3	<b>Versicherungsberechtigte</b>	Natürliche Personen						
C4	<b>Versicherbare Personen</b>	Natürliche Personen, die ihren ständigen Aufenthaltsort außerhalb des Heimatlandes haben sowie deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß der VB Teil I, § 1 gegeben ist. Das Heimatland ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in welchem sie für gewöhnlich ihren Lebensmittelpunkt vor dem Auslandsaufenthalt hat. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner/Lebensgefährten und Kinder. Familienangehörige, die die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes besitzen, können mitversichert werden. Das Höchstaufnahmearter beträgt 75 Jahre.						
C5	<b>Vertragliche Grundlagen</b>	Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil I und Teil II der Würzburger Versicherungs-AG (EXPAT INFINITY).						
C6	<b>Geltungsbereich</b>	<p>Versicherungsschutz besteht im jeweils vereinbarten Aufenthaltsland. Hierzu muss pro versicherter Person eine Länderzone (Zone 1, 2, 3 oder 4) gewählt werden, welche abhängig vom geplanten Aufenthaltsland ist sowie von den Ländern, in denen die versicherte Person Leistungen in vollem Umfang in Anspruch nehmen möchte (=Behandlungsland). Der Versicherungsschutz besteht somit im vollen Umfang für all die Länder, die der gewählten Zone zugeordnet sind sowie in allen Ländern, die sich in einer der darunterliegenden Zonen befinden. Die Prüfung, ob die Versicherung den gesetzlichen oder lokalen Bestimmungen des Aufenthaltes- oder Wohnsitzlandes genügt, obliegt dem Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person. Nicht versicherbar sind dauerhafte Aufenthalte in den USA und Deutschland.</p> <p>a) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den USA und in Ländern einer übergeordneten Zone besteht Versicherungsschutz für maximal sechs Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf. Für Krankheiten, deren Behandlung bereits vor der Einreise feststand, besteht kein Versicherungsschutz. Für Behandlungen die über die sechs Wochen hinaus notwendig werden, besteht kein Versicherungsschutz. Der Aufenthalt ist vor Einreise beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten anzuzeigen. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen.</p> <p>b) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht Versicherungsschutz für bis zu sechs Monate (kumuliert) pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis. Der Aufenthalt ist vor Einreise beim Versicherer anzuzeigen. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen.</p> <p>Bei dauerhafter Verlegung des ständigen Aufenthaltes in das Heimatland kann der Versicherungsschutz aufrechterhalten bleiben, sofern diese Versicherung den gesetzlichen und lokalen Bestimmungen des Aufenthaltes- oder Wohnsitzlandes genügt. Die Prüfung dessen obliegt dem Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person. Bei Verlegung des ständigen Aufenthaltes in die USA oder Deutschland muss die Versicherung beendet werden. Der Versicherungsvertrag kann durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten gekündigt werden, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich des Versicherungsschutzes in einem Land so verändern, dass dieser Versicherungsschutz gegen nationale Gesetzgebungen verstößt.</p>						
C7	<b>Beginn des Versicherungsschutzes</b>	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, § 4.						
C8	<b>Versicherungsjahr</b>	Jeweils vom 01.10. eines jeden Jahres bis zum 30.09. des darauffolgenden Jahres.						
C9	<b>Dauer des Versicherungsverhältnisses</b>	Die Laufzeit ist im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages unbefristet.						
C10	<b>Kündigung des Versicherungsverhältnisses</b>	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. Der Versicherungsvertrag kann durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten gekündigt werden, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich des Versicherungsschutzes in einem Land so verändern, dass dieser Versicherungsschutz gegen nationale Gesetzgebungen verstößt.						
C11	<b>Angaben zum Gesundheitszustand</b>	Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ist für jede zu versichernde Person ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Ausgenommen hiervon sind Neugeborene gemäß VB Teil I, § 4, Abs. 2. Für versichernde Personen ab 60 Jahren ist zusätzlich auf eigene Kosten ein ärztliches Gesundheitszeugnis beizubringen. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung behalten sich der Versicherer bzw. dessen Beauftragten das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben.						
C12	<b>Zusätzliche Bestimmungen zu Leistungsausschlüssen</b>	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2a und 2r sind die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden in den Versicherungsschutz eingeschlossen, sofern diese vom Versicherer bzw. dessen Beauftragten gegen einen entsprechenden Risikozuschlag in den Versicherungsschutz eingeschlossen wurden und diese bei Antragsstellung bekannt waren. Für Neugeborene, die gemäß VB Teil I, § 4, Abs. 2 innerhalb von zwei Monaten ab Geburt mitversichert werden, besteht abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2a uneingeschränkter Versicherungsschutz.						
C13	<b>Wartezeit</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>EXPAT INFINITY BASIC</th> <th>EXPAT INFINITY CLASSIC</th> <th>EXPAT INFINITY PREMIUM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keine Wartezeit</td> <td>Keine Wartezeit</td> <td>8 Monate für Entbindung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen. 12 Monate für Sehhilfen, Sehtests und Augenlaserbehandlungen. 24 Monate für Unfruchtbarkeitsbehandlungen.</td> </tr> </tbody> </table>	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM	Keine Wartezeit	Keine Wartezeit	8 Monate für Entbindung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen. 12 Monate für Sehhilfen, Sehtests und Augenlaserbehandlungen. 24 Monate für Unfruchtbarkeitsbehandlungen.
EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM						
Keine Wartezeit	Keine Wartezeit	8 Monate für Entbindung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen. 12 Monate für Sehhilfen, Sehtests und Augenlaserbehandlungen. 24 Monate für Unfruchtbarkeitsbehandlungen.						

Fortsetzung auf nächster Seite ►

C14	<b>Anwartschaft</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Der Versicherungsschutz kann während der Vertragslaufzeit auf Anwartschaft gestellt werden.</li> <li>b) Abweichend von VB Teil I, Besondere Bedingungen für die Anwartschaft, § 4 müssen bei der Antragsstellung auf Anwartschaft keine erneuten Angaben zum Gesundheitszustand oder ein ärztliches Gesundheitszeugnis eingereicht werden.</li> <li>c) Ist der Versicherungsvertrag inkl. Risikozuschlägen geschlossen worden, so werden die Risikozuschläge auch während der Anwartschaft fällig.</li> <li>d) Zusätzliche Voraussetzung für die Anwartschaft ist neben den in VB Teil I, Besondere Bedingungen für die Anwartschaft, § 3 genannten Voraussetzungen, dass die Beendigung einer vorherigen für dieses Produkt gewährten Anwartschaftszeit mindestens 12 Monate zurück liegt.</li> <li>e) Es gelten die VB Teil I, Besondere Bedingungen für die Anwartschaft.</li> </ul>
C15	<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ein nachträglicher Wechsel innerhalb der Varianten "Basic", "Classic" und "Premium" ist zum Ende des Versicherungsjahres möglich. Dies muss vom Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person mit einer Frist von zwei Monaten dem Versicherer bzw. dessen Beauftragten mitgeteilt werden. Bei einem Wechsel in eine andere Variante müssen die Angaben zum Gesundheitszustand erneut vollständig und wahrheitsgemäß von den zu versichernden Personen ausgefüllt werden bzw. bei Personen ab 60 Jahren muss ein aktuelles ärztliches Gesundheitszeugnis beigebracht werden. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich das Recht auf eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich zudem das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben.</li> <li>b) Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.</li> <li>c) Der Abschluss einer Anwartschaft in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung wird angeraten.</li> </ul>

## Monatlicher Beitrag

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar. Der jeweils gültige Beitrag ergibt sich aus der anliegenden Beitragstabelle, welche Bestandteil der Versicherungsbedingungen ist. Die Höhe des Beitrages richtet sich hier nach der gewünschten Produktvariante (Basic, Classic oder Premium), der gewünschten Länderzone (Zone 1, 2, 3 oder 4), dem Alter der zu versichernden Person sowie dem gewünschten Selbstbehalt (0 Euro, 250 Euro, 500 Euro oder 1.000 Euro). Der Beitrag kann sich zusätzlich an dem zum Zeitpunkt der Antragsstellung vorliegenden Gesundheitszustand der zu versichernden Person orientieren. In diesen Fällen kann der Versicherer bzw. dessen Beauftragten auf den gültigen Monatsbeitrag einen prozentualen Risikozuschlag erheben.

Erreicht eine versicherte Person eine neue Altersstufe, so erhöht sich der Beitrag ab dem Monat, in dem die versicherte Person das jeweilige Alter der nächsten Altersstufe erreicht. Die Mitteilung über das Erreichen der folgenden Altersstufe erfolgt an den Versicherungsberechtigten bzw. an die versicherte Person spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Beitragserhöhung.

## Selbstbehalt

Es kann zwischen einem Selbstbehalt von 0 Euro, 250 Euro, 500 Euro und 1.000 Euro pro versicherter Person und Versicherungsjahr gewählt werden. Ausgenommen vom Selbstbehalt sind die Punkte A5, A6, A9 und A10. Bei unterjährigen Versicherungsdauern wird der Selbstbehalt im anteiligen Verhältnis angerechnet. Ein Wechsel innerhalb der Selbstbehaltstufen kann mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres beantragt werden. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich das Recht auf Prüfung eines Wechsels vor.