



EXPAT PRIVATE



**100% stationäre
Behandlung**



**100% ambulante
Behandlung**



Rücktransport



Zahnersatz



**Schwangerschaft
& Entbindung**



Psychotherapie



Krebsvorsorge



ab **169€** monatlich



BDAE

Mit Sicherheit ins Ausland!

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsbedingungen	A
→ Produktinformationsblatt gem. § 4 VVG-Info-VO	A.1
→ Produktspezifische Versicherungsbedingungen	A.2
→ Allgemeine Versicherungsbedingungen	A.3
→ Erläuterungen zur Gruppenversicherung	A.4
Ergänzende Leistungen	B
→ Patienten-Rechtsschutzversicherung	B.1
→ Medizinische Assistance	B.2
→ EMMA - die digitale Gesundheits-Assistentin	B.3
Antragsunterlagen	C
→ Wichtige Hinweise zur Antragsstellung	C.1
→ Antrag	C.2
→ SEPA-Lastschriftmandat	C.2.1
→ Widerrufsrecht	C.3
→ Datenschutzinformation	C.4
→ Einwilligungserklärung gem. DSGVO	C.5
→ Schweigepflichtentbindung	C.6

Auslandskrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: BDAE Expat GmbH

Produkt: EXPAT PRIVATE

Dieses Blatt dient nur zu Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen auf Basis einer Gruppenversicherung Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die während eines Auslandsaufenthaltes auftreten.



Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle während Ihres Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich. Versichert sind zum Beispiel:

- ✓ Ambulante Heilbehandlungen
- ✓ Stationäre Heilbehandlungen
- ✓ Arznei-, Verband- und Heilmittel
- ✓ Zahnmedizinische Heilbehandlungen
- ✓ Einmalige zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung und -behandlung
- ✓ Zahnersatz/Kieferorthopädie
- ✓ Ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder
- ✓ Ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- ✓ Impfungen für Kinder
- ✓ Schwangerschaft und Entbindung
- ✓ Hilfsmittel
- ✓ Psychotherapie
- ✓ Krankentransport
- ✓ Repatriierungen (Rücktransport)
- ✓ Überführung im Todesfall
- ✓ Nachhaftung



Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✗ Immunisierungsmaßnahmen
- ✗ Schäden durch die aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnlichen Ereignissen, inneren Unruhen
- ✗ Eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung
- ✗ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Versicherungsdauer beträgt 60 Monate. Es besteht die Möglichkeit einer Verlängerung um weitere 60 Monate.
- ! Das höchstversicherbare Alter beträgt 66 Jahre
- ! Medizinisch notwendiger Rücktransport innerhalb eines Kontinents ist bis 5.000 Euro und kontinentübergreifend bis 10.000 Euro versichert.
- ! Nachhaftung bis maximal 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes
- ! Es gibt einige Fälle, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann, zum Beispiel:
- ! Wenn Sie oder eine versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls können wir die Leistung kürzen.
- ! Ist für Ihren Versicherungsschutz eine Selbstbeteiligung vorgesehen, müssen Sie diese im Falle eines Leistungsfalles selbst tragen.
- ! Innerhalb der Wartezeiten erhalten Sie keine Versicherungsleistungen. Die Wartezeiten treffen nur auf bestimmte Leistungen zu.
- ! Einige der versicherten Leistungen sind begrenzt. Die genauen Höchstsummen entnehmen Sie bitte den produktspezifischen Versicherungsbedingungen.



Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✗ Allgemeine Check-ups
- ✗ Impfungen für Erwachsene
- ✗ Unfruchtbarkeitsbehandlungen
- ✗ Augenlasern
- ✗ Angeborene Leiden
- ✗ Die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden sowie deren Folgen. Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für Versicherungsfälle die vor Beginn des Versicherungsschutzes und während der Wartezeit eingetreten sind.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht für vorübergehende Auslandsaufenthalte außerhalb der Länder, in denen ein gewöhnlicher Aufenthalt oder Wohnsitz besteht.
- ✓ Bei Wahl des Geltungsbereichs „weltweit außer USA, Kanada, Schweiz“ besteht Versicherungsschutz für akut auftretenden Behandlungsbedarf bei urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den USA, Kanada und der Schweiz für maximal 42 Tage pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz besteht jedoch frühestens nach 60 Tagen, gerechnet ab dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Versicherungsbeginn.
- ✓ Bei Wahl des Geltungsbereichs „weltweit außer USA, Schweiz“ besteht Versicherungsschutz für akut auftretenden Behandlungsbedarf bei urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den USA und der Schweiz für maximal 42 Tage pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz besteht jedoch frühestens nach 60 Tagen, gerechnet ab dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Versicherungsbeginn.
- ✓ Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte deutscher Staatsbürger in Deutschland besteht Versicherungsschutz für maximal 60 Tage am Stück. Insgesamt besteht Versicherungsschutz für maximal 120 Tage pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz besteht jedoch frühestens nach 30 Tagen, gerechnet ab dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Versicherungsbeginn.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen in den Antragsdokumenten wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Den Versicherungsbeitrag müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Im Versicherungsfall müssen Sie uns vollständige und wahrheitsgemäße Informationen geben.
- Sie müssen die Kosten des Schadens gering halten (Schadenminderungspflicht).



Wann und wie zahle ich?

Die Beiträge sind nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn fällig und zahlbar. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.

Sie können die Beiträge überweisen oder die Ermächtigung erteilen, die Beiträge von Ihrem SEPA-Konto einziehen zu lassen. Ebenso besteht die Möglichkeit, die Beiträge per Kreditkarte zu bezahlen. Unterjährige Zahlungsweisen sind gegen einen Zahlungszuschlag möglich.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), welcher in der Versicherungsbestätigung angegeben ist, jedoch nicht vor Zahlung der Beiträge und nicht vor Ablauf der Wartezeit sowie nicht vor Beginn des Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses, spätestens nach Ablauf von 60 Monaten. Zudem endet die Deckung auch mit Abmeldung der versicherten Person aus dem Gruppenvertrag, mit dem Tod der versicherten Person, mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, oder letztendlich wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wurde.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Versicherungsschutz kann für einzelne versicherte Personen jederzeit vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. Es endet dann mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats.

Versicherer:

Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich

Versicherungsnehmer:

BDAE Expat GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Deutschland

Versicherte Person/Versicherter:

Personen die in den Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen wurden und hierüber eine Bestätigung erhalten haben.

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für befristete Krankenversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen (VB Teil II – Allianz Partners AWP Health & Life)

Leistungsbeschreibung

Leistungen		EXPAT PRIVATE
A1	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.
A2	Stationäre Heilbehandlung	100% für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Zweibettzimmer, soweit möglich, sowie für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
A3	Arznei-, Verband- und Heilmittel	100% , soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.
A4	Zahnmedizinische Heilbehandlung	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert. Pro Jahr Vertragslaufzeit ist eine einmalige Vorsorgeuntersuchung und -behandlung mitversichert (auch Polieren und Zahnreinigung).
A5	Zahnersatz/Kieferorthopädische Maßnahmen	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten eingetreten sind, für • 80% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendigen Zahnersatz und • bis zu einem Alter von 18 Jahren für kieferorthopädische Behandlungen, im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung, • höchstens jedoch bis insgesamt 2.000 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, • bis insgesamt 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, • ab dem vierten Versicherungsjahr höchstens bis 4.000 Euro pro Versicherungsjahr. In der Vertragslaufzeit ist unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz ohne Wartezeit innerhalb der Höchstgrenzen versichert. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
A6	Vorsorgeuntersuchungen	Ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder sowie zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.
A7	Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung	Versicherungsschutz besteht für 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; 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 vereinbarten Wartezeit.
A8	Hilfsmittel	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung und deren Reparaturkosten bis zu 80% des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis zur Höchstgrenze von insgesamt 1.000 Euro pro Versicherungsjahr. Für Sehhilfen werden innerhalb der Höchstgrenzen bis zu 100% , maximal bis zu 50 Euro pro versicherter Person und Versicherungsjahr geleistet. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
A9	Psychotherapie	Bei Trauma (Bezeichnung für ein belastendes von außen einwirkendes Ereignis, das durch Konfrontation mit Verletzung oder Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder nahestehender Personen, drohendem oder tatsächlichen Tod gekennzeichnet ist.): 80% des Rechnungsbetrages für ambulante Behandlungen bis zu 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Die Leistungsausschlüsse gemäß VB Teil I, § 6, Abs. 2l und n bleiben hiervon unberührt. Abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 6 sind Behandlungen durch Heilpraktiker nicht erstattungsfähig.

Leistungen		EXPAT PRIVATE
A10	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 in das Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat, • 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.
A11	Nachhaftung	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der versicherten Langzeitreise 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.

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.

Geltungsbereich		EXPAT PRIVATE Versicherungsberechtigte(r)	EXPAT PRIVATE Familienangehörige (pro Person)
B1	Weltweit, außer USA, Kanada, Schweiz (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalt in den USA, Kanada und der Schweiz)	169 Euro	228 Euro
	Weltweit, außer USA, Schweiz (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalt in den USA und der Schweiz und bis zu 365 Tage bei Aufenthalten in Kanada)	490 Euro	699 Euro

Jährlicher Selbstbehalt

Der Selbstbehalt gilt je Versicherungsjahr und versicherter Person. Hierbei ersetzt der Versicherer den versicherten Personen die erstattungsfähigen Leistungen, abzüglich des jeweiligen Selbstbehaltes, bis zur vereinbarten Höhe.

Im Produkt EXPAT PRIVATE gibt es einen Selbstbehalt nur bei Wahl des Geltungsbereichs „Weltweit, außer USA, Schweiz“. Unterjährige An- und Abmeldungen werden anteilig berechnet.

Geltungsbereich		EXPAT PRIVATE Versicherungsberechtigte(r)	EXPAT PRIVATE Familienangehörige (pro Person)
B2	Weltweit, außer USA, Kanada, Schweiz (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalt in den USA, Kanada und der Schweiz)	0 Euro	0 Euro
	Weltweit, außer USA, Schweiz (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalt in den USA und der Schweiz und bis zu 365 Tage bei Aufenthalten in Kanada)	500 Euro	500 Euro

Vertragliche Grundlagen

C1	Versicherer	Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich
C2	Versicherungsnehmerin	BDAE Expat GmbH
C3	Versicherungsberechtigte	Natürliche Personen. Pro Familie kann nur ein(e) Versicherungsberechtigte(r) angemeldet werden.
C4	Versicherbare Personen	Versicherungsberechtigte und deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß der VB Teil I, § 1 gegeben ist. Das höchstversicherbare Alter beträgt 66 Jahre. Der Versicherungsschutz endet automatisch spätestens mit Ablauf des Monats, bevor die versicherte Person 67 Jahre alt wird. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebenspartner und Kinder.
C5	Vertragliche Grundlagen	Versicherungsbedingungen für befristete Krankenversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen VB Teil I und Teil II (EXPAT PRIVATE).
C6	Geltungsbereich	- Die versicherte Person hat für vorübergehende Aufenthalte außerhalb der Länder, in denen sie einen gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat, weltweiten Versicherungsschutz unter Beachtung von VB Teil I, § 1 und VB Teil II, Punkt B1. Eingeschränkter Versicherungsschutz besteht für Aufenthalte in den USA und der Schweiz. - Bei Wahl des Geltungsbereichs „weltweit außer USA, Kanada, Schweiz“ besteht Versicherungsschutz für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den USA, Kanada und der Schweiz für maximal 42 Tage pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz besteht jedoch frühestens nach 60 Tagen, gerechnet ab dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf. Für Krankheiten, deren Behandlung bereits vor der Einreise feststand, besteht kein Versicherungsschutz. Für Behandlungen, die über den 42. Tag hinaus notwendig werden, wird nicht geleistet. Der Aufenthalt ist vor Einreise beim Versicherer anzuzeigen. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. - Bei Wahl des Geltungsbereichs „weltweit außer USA, Schweiz“ besteht Versicherungsschutz für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den USA und der Schweiz für maximal 42 Tage pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz besteht jedoch frühestens nach 60 Tagen, gerechnet ab dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf. Für Krankheiten, deren Behandlung bereits vor der Einreise feststand, besteht kein Versicherungsschutz. Für Behandlungen, die über den 42. Tag hinaus notwendig werden, wird nicht geleistet. Der Aufenthalt ist vor Einreise beim Versicherer anzuzeigen. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. - Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte deutscher Staatsbürger in Deutschland besteht Versicherungsschutz für maximal 60 Tage am Stück. Insgesamt besteht Versicherungsschutz für maximal 120 Tage pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz besteht jedoch frühestens nach 30 Tagen, gerechnet ab dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Versicherungsbeginn. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. - In den Ländern, in denen die versicherte Person einen gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat, besteht Versicherungsschutz unter Beachtung von VB Teil I, § 1 und sofern diese Länder durch Auswahl des entsprechenden Geltungsbereichs (VB Teil II, Punkt B1) eingeschlossen sind. Eingeschränkter Versicherungsschutz besteht für Aufenthalte in den USA und der Schweiz, unter Beachtung von Punkt 1. a) und b). - Die Prüfung, ob die Versicherung den gesetzlichen oder lokalen Bestimmungen des Aufenthalts- oder Wohnsitzlandes genügt, obliegt den versicherten Personen.
C7	Beginn des Versicherungsschutzes	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, § 4.
C8	Versicherungsjahr	Jeweils vom 01.07. eines jeden Jahres bis zum 30.06. des darauffolgenden Jahres.
C9	Dauer des Versicherungsverhältnisses	5 Jahre, eine einmalige Verlängerung um weitere 5 Jahre ist mit Einwilligung des Versicherers möglich. Dies gilt nicht für vereinbarte Aufenthalte in der Bundesrepublik Deutschland, gem. der VB Teil I, § 1, Abs. 5.
C10	Kündigung des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis kann für einzelne versicherte Personen jederzeit vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. Es endet dann mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats.
C11	Angaben zum Gesundheitszustand	Keine; bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen Teil I und II.
C12	Wartezeit	8 Monate für Entbindung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen.
C13	Sonstiges	Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung wird angeraten.

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für befristete Krankenversicherungen der Expat-Reihe für Langzeitreisen (VB Teil I – Allianz Partners AWP Health & Life)

§1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

- 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 zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.
- Versicherbar sind natürliche Personen.
- Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
 - dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für dierichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
 - 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.
- Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt nicht nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz in Deutschland.
- Für versicherte Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland sowie Personen, welche keinen Aufenthaltstitel benötigen, darf die Gesamtdauer bei der zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von fünf Jahren nicht überschreiten. Somit erstreckt sich die maximale Versicherungsdauer für Aufenthalte in Deutschland auf insgesamt fünf Jahre. Wird eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet. Dies gilt auch, wenn der Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

- 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.
- Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen in Textform mitzuteilen.
- Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes, sofern dieser entsprechende Versicherungstarife anbietet.
- Sind Versicherungsberechtiger und 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.
- Wenn eine Sanktion, ein Verbot oder eine Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika verhängt wird, die den Versicherer direkt oder indirekt daran hindert, Versicherungsleistungen im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrags zu erbringen, hat der Versicherer bzw. die Versicherungsnehmerin ein außerordentliches Kündigungsrecht. Zudem können betroffene Personen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

§3 Beiträge, Leistungsanpassung, Versicherungsjahr

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.

- Die Versicherungsnehmerin hat das Recht, einzelne versicherte Personen wegen Nichtzahlung des Beitrages aus dem Gruppenversicherungsvertrag abzumelden.
- 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 jeweiligen Versicherungsjahres mitteilt.
- Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den VB Teil II für befristete Krankenversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen.
- Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, eine Anpassung des Beitrages oder der Versicherungsleistung mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen in Textform 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 eines Gruppenversicherungsvertrages und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

- Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag und mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
 - jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich;
 - nicht vor Eintritt der Versicherbarkeit der versicherten Person;
 - nicht vor Zahlung des Beitrages;
 - nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.
- Neugeborene können ab dem Tag ihrer Geburt ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten mitversichert werden, vorausgesetzt der Antrag auf Versicherung geht innerhalb von zwei Monaten ab Geburt bei der Versicherungsnehmerin ein. Wird der Antrag auf Versicherung nach der zweimonatigen Frist gestellt, erfolgt die Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag frühestens ab dem Tag des Eingangs des Antrages bei der Versicherungsnehmerin.
- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
- Für Versicherungsfälle, die während der im jeweiligen Produkt vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird in den VB Teil II des jeweiligen Produktes festgelegt.
- Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
 - mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person, spätestens jedoch mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer des gewählten Produktes;
 - mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der im Produkt festgelegten Fristen und Voraussetzungen;
 - mit dem Tod der versicherten Person;
 - 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;
 - mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, §1;
 - sobald die im Produkt genannten Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
 - mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

§5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, dem gewählten Produkt und den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
2. Ein 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 den Versicherungsbedingungen 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, Krankengeschichte und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung), sofern im jeweiligen Produkt keine anderweitige Regelung vereinbart ist.
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 produktspezifischen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tuberkulose-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-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 anders vereinbart, 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 Aufenthaltswort 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 durch die Weltgesundheitsorganisation WHO empfohlene oder gesetzlich vorgeschriebene 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. Stiftzähne, 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.
5. Im Interesse aller Beteiligten werden geltende internationale Sanktionsvorschriften befolgt. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, Versicherungsschutz zu leisten oder Schäden abzudecken oder sonstige Leistungen unter diesem Vertrag zu erbringen, wenn die Leistung eines derartigen Versicherungsschutzes, die Bezahlung derartiger Schäden oder die Erbringung einer derartigen Leistung einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen würde.

§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 Kostenerhöhung 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 Versicherungsberechtigung 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 vier 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. Urlaubs- und berufsbedingte Aufenthalte in den USA/Kanada/Schweiz sowie in Deutschland sind vor Reiseantritt dem Versicherer oder dessen Beauftragten anzuzeigen.
10. Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.
11. 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 anders vereinbart, 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.
 - 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 Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
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 den 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.

§9 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen 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. Vereitelt die versicherte Person die Durchsetzung der Ansprüche durch Anerkenntnis o. ä., können die Ansprüche entsprechend gekürzt werden.

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 Versicherungsberechtigte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
4. Der Versicherer und die Versicherungsnehmerin haften weder für die Auswahl noch für die Handlungen der gewählten Ärzte, Chirurgen, Anästhesisten, Krankenhäuser oder anderer Leistungserbringer wie z. B. Heilpraktiker und Hebammen. Ebenso haftet der Versicherer und die Versicherungsnehmerin nicht für Behandlungen, Ratschläge, medizinische Eingriffe oder für die Verordnung und Vergabe von Medikationen durch zuvor genannte Leistungserbringer.

§10 Aufrechnung

1. Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter oder versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
2. Entgegen § 35 VVG darf der Versicherer jedoch nicht mit Prämienansprüchen gegenüber anderen versicherten Personen aufrechnen.

§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. Die versicherte Person darf Ansprüche gegenüber dem Versicherer selbst dann geltend machen, wenn sie nicht im Besitz des Versicherungsscheines ist (abweichend von § 44 VVG).

§12 Anzuwendendes Recht/Vertragssprache

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

§13 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtig.

§14 Aufsichtsbehörde und Beschwerdestellen

Sollten Sie mit einer Leistung oder Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden sein oder bei Meinungsverschiedenheiten über die allgemeinen Bedingungen hat sich der Versicherungsberechtigte und/oder die versicherten Personen zunächst an ihren Vertreter des Vertrages unter der folgenden Adresse (oder einer weiteren auf der Website des Unternehmens angegebenen Adresse) zu wenden:

BDAE Holding GmbH
Kühnhöfe 3
22761 Hamburg
Deutschland
E-Mail: kritik@bdae.com

Entspricht die vorgeschlagene Lösung nicht den Erwartungen des Versicherungsberechtigten und/oder der versicherten Person, kann eine Beschwerde, auch direkt beim Versicherer, per einfachem Brief oder E-Mail eingereicht werden:

AWP Health & Life S.A.
Kundenbetreuung
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
Frankreich
E-Mail: client.care@allianzworldwidecare.com

Zudem können für diesen Versicherungsvertrag Beschwerden bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sowie bei der französischen Aufsichtsbehörde (ACPR) eingereicht werden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
<https://www.bafin.de>

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09
Frankreich

AWP Health & Life SA ist Unterzeichner der Mediations-Charta des französischen Verbands der Versicherungsunternehmen. Daher hat der Versicherungsberechtigte, die versicherte Person und der Versicherungsnehmer im Falle einer anhaltenden und endgültigen Meinungsverschiedenheit die Möglichkeit, sich nach Ausschöpfung aller anderen möglichen gütlichen Rechtsbehelfe an den Schlichter des französischen Verbands der Versicherungsgesellschaften zu wenden, unbeschadet anderer möglicher rechtlicher Schritte, der unter der folgenden Adresse zu erreichen ist:

La Médiation de l'Assurance
TSA 50 110
75 441 Paris Cedex 09
<https://www.mediation-assurance.org/>

Die Einreichung einer Beschwerde berührt nicht das Recht, eine Klage vor dem zuständigen ordentlichen Gericht einzureichen.

ERLÄUTERUNGEN

über die rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung und zu den Pflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Die Besonderheiten eines Gruppenversicherungsvertrages

Der Versicherungsschutz wird im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages (GV) gewährt. Versicherungsnehmerin ist ein Unternehmen der BDAE-Gruppe (BDAE), Versicherer ist ein nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) zum Geschäftsbetrieb in Deutschland zugelassener Versicherer. Die versicherte Person erhält Versicherungsschutz durch den Beitritt zur Gruppe. Das VVG gilt damit nicht direkt und unmittelbar für das Verhältnis zwischen der Versicherungsnehmerin und der versicherten Person.

Allerdings werden die im Folgenden näher beschriebenen Regeln aus dem VVG, insbesondere die §§ 19 bis 22, im Rechtsverhältnis zwischen der versicherten Person und der Versicherungsnehmerin (BDAE) angewandt, was Sie durch Ihre Unterschrift bestätigen.

Der GV sieht entsprechend den Vorgaben der Aufsichtsbehörde einige Verbesserungen der rechtlichen Situation der versicherten Person vor:

- Abweichend von § 44, Abs. 2 VVG hat die versicherte Person die Möglichkeit, Ansprüche direkt beim Versicherer des GV geltend zu machen.
- Abweichend von § 35 VVG kann der Versicherer nicht mit Forderungen aufrechnen, die nicht der versicherten Person zuzurechnen sind.
- Der versicherten Person werden alle nach § 7 VVG und der VVG-Info-VO üblichen Informationen übermittelt.
- Die versicherte Person wird bei einer Änderung, auch Kündigung, des GV rechtzeitig unterrichtet.
- Die versicherte Person hat ein dem VVG ähnliches Widerrufsrecht.
- Für die versicherten Personen gilt der Gleichbehandlungsgrundsatz des § 138, Abs. 2 VAG.

Nach den gleichen Vorgaben der Aufsichtsbehörde gelten bestimmte Obliegenheiten auch für die versicherten Personen, insbesondere ist die Kenntnis der versicherten Person und ihr Verhalten für die die Leistungsverpflichtung zu berücksichtigen:

§ 19 Abs. 5 VVG - Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit BDAE Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die in den Antragsunterlagen gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber BDAE in Textform nachzuholen. **Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.** Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen Sie in Textform gefragt wurden, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für den Entschluss des BDAE, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Wenn BDAE nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie und/oder die zu versichernde Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann BDAE vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen nach,

dass Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht kann BDAE dann nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn der Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen worden wäre. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt BDAE den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt BDAE dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt vollständig, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. BDAE steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. Kündigung

Kann BDAE nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag (dennoch) unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, zustande gekommen wäre.

3. Vertragsänderung

Kann BDAE nicht zurücktreten oder kündigen, weil der Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen wäre, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, wenn Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt haben. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt BDAE die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird BDAE Sie hinweisen.

4. Ausübung der Rechte der BDAE-Gruppe (§ 21 VVG)

BDAE kann die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem BDAE von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung ihrer Rechte hat BDAE die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützt. Zur Begründung kann BDAE nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung kann BDAE sich nicht berufen, wenn BDAE den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist verlängert sich auf zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Arglistige Täuschung (§ 22 VVG)

Das Recht von BDAE, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

6. Stellvertretung durch eine andere Person (§ 20 VVG)

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte des Versicherers sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, können Sie sich nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

☐

Ich habe die Erläuterungen zur Kenntnis genommen und stimme der Anwendbarkeit der aufgeführten Bestimmungen des VVG auf das Gruppenverhältnis zu.

Ort, Datum

Unterschriften (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)



Ergänzende Leistung:

PATIENTEN-RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG FÜR BDAE-VERSICHERTE

Zusätzlich zu Ihrer Auslandsrankenversicherung hat Ihr BDAE für Sie kostenfrei eine Patienten-Rechtsschutzversicherung für das Ausland abgeschlossen. Dabei handelt es sich um eine **Absicherung gegen medizinische Behandlungs- und Aufklärungsfehler**. Dank einer Kooperation des 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**.
- ✓ Zugang zum ARAG **Online-Rechts-Service** mit rund 1.000 rechtlich geprüften Musterschreiben und Dokumenten aus vielen Rechtsbereichen.
- ✓ Mit ARAG-JuraTel® stehen Ihnen Anwälte für eine **telefonische Erstberatung** aufgrund eines Schadenersatz-Anspruchs oder wegen des Vorwurfs eines strafrechtlichen Vergehens zur Seite.
- ✓ Pro Kalenderjahr ist 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

Die ARAG ist das größte Familienunternehmen in der deutschen Assekuranz und versteht sich als vielseitiger Qualitätsversicherer. Neben ihrem Schwerpunkt im Rechtsschutzgeschäft bietet sie ihren Kunden in Deutschland auch attraktive, bedarfsorientierte Produkte und Services aus einer Hand in den Bereichen Komposit, Gesundheit und Vorsorge. Aktiv in insgesamt 17 Ländern – inklusive den USA und Kanada – nimmt die ARAG zudem über ihre internationalen Niederlassungen, Gesellschaften und Beteiligungen in vielen internationalen Märkten mit ihren Rechtsschutzversicherungen und Rechtsdienstleistungen eine führende Position ein. Mit über 4.000 Mitarbeitern erwirtschaftet der Konzern ein Umsatz- und Beitragsvolumen von über 1,6 Milliarden Euro. Der BDAE kooperiert seit 2008 mit dem Unternehmen. Gemeinsam haben die ARAG und der BDAE die erste weltweit gültige Auslands-Rechtsschutzversicherung entwickelt.



Ergänzende Leistung:

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 Allianz Partners Deutschland GmbH zur Verfügung:

- ✓ 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 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 links aufgeführten Assistance-Leistungen übernimmt der BDAE auf Anfrage die Kosten für weitere Dienstleistungen, für welche Allianz Partners Deutschland GmbH 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 Schadensereignis
- ✓ 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 Partners Deutschland GmbH stets Ihre BDAE-Versicherten- oder -Mitgliedsnummer bereit.

24h-Notfallbereitschaft des BDAE unter

+49-40-30 68 74-74



Medizinische Informationen immer zur Hand mit Ihrer persönlichen Gesundheits-Assistentin

Dank der digitalen Gesundheits-Assistentin *Emma* haben Sie als BDAE-Kundin und BDAE-Kunde Zugang zu umfassenden Gesundheits-Services direkt über Ihr Smartphone. Diese Leistung steht Ihnen jederzeit zur Verfügung – wo immer Sie sind!



Einzige Funktionen



Sofortige Auskunft zu Ihren medizinischen Fragen

Emma bietet rund um die Uhr unmittelbaren Zugang zu medizinischen Informationen.

- Schreiben Sie Ihre Fragen an eine medizinische Fachkraft
- Der Symptom-Checker bietet sofortige medizinische Beratung
- Entdecken Sie sorgfältig recherchierte Informationen zu Ihren Symptomen von medizinischen Partnern



Gesundheitsfürsorge nach Ihren Wünschen

Emma wird bequem über Ihre bevorzugte Messenger-Anwendung verwaltet:

- Alle Interaktionen zentralisiert in Ihrer bevorzugten Chat-App
- Nachfragen, Antworten und Nachfassen nach eigenem Ermessen
- Download/Installation nicht erforderlich, einfache Erstanmeldung



Medizinische Einschätzung auf Abruf

Emma verbindet Sie mit medizinischem Fachpersonal und bietet medizinische Informationen auf Abruf.

- Medizinische Hotline auf Deutsch und Englisch verfügbar
- DoctorChat zum Chatten mit medizinischen Expertinnen und Experten

Emma: so einfach geht's



Beginnen Sie mit der einfachen Anmeldung und nutzen Sie einen Emma-Service Ihrer Wahl.

Besuchen Sie die Registrierungsseite über den Link, den Sie erhalten haben, und wählen Sie **Ihre bevorzugte Messenger-Anwendung**. Dann können Sie mit Emma chatten, indem Sie Ihren persönlichen Aktivierungscode eingeben.

1

Ihre digitale Gesundheits-assistentin „Emma“ steht Ihnen rund um die Uhr per **Smartphone** oder **PC** zur Verfügung

2

Stellen Sie eine Anfrage über den **Symptom-Checker**

3

Lesen Sie die von Emma bereitgestellten **Informationen zu Ihren Symptomen**

4

Stellen Sie eine **Frage an eine Ärztin oder einen Arzt per Chat** und erhalten Sie umgehend eine persönliche Antwort

5

Behalten Sie den **Überblick** über Ihre medizinischen Chats in Ihrer bevorzugten Messenger-App

6

Rufen Sie bei der **medizinischen Hotline des BDAE** an, wenn ihre Anliegen nicht geklärt werden konnten oder Sie vertragsrelevante Fragen haben

Möchten Sie mehr über Emma erfahren?

Wer oder was ist Emma?

Emma ist eine virtuelle Gesundheitsassistentin, die rund um die Uhr verfügbar ist - über WhatsApp, Telegram oder unseren gesicherten Webchat. Emma ist ein Chatbot, der Ihnen Zugang zu verschiedenen hilfreichen Gesundheitsdiensten bietet. Sie können zum Beispiel Symptome einschätzen, eine Frage an eine medizinische Fachkraft stellen oder diese direkt anrufen, um medizinische Ratschläge zu erhalten.

Wie viel kostet Emma?

Emma kostet Sie als BDAE-Versicherter oder -Versicherte gar nichts. Dieser Service mit Zugang zu medizinischen Informationen ist in Ihre Versicherungspolice integriert.

Welches Unternehmen steckt hinter Emma?

Emma ist eine virtuelle Gesundheitsassistentin, die von Medi24 entwickelt wurde, einem Anbieter von Telemedizin mit Sitz in der Schweiz. Medi24 ist ein Mitglied der Allianz Partners Group, dem weltweit führenden Anbieter von Anbieter von Assistance-Dienstleistungen.

Wo kann ich meinen Aktivierungscode finden?

Ihren Aktivierungslink mit integriertem Code erhalten Sie zusammen mit der Versicherungsbestätigung vom BDAE. Bei Fragen kontaktieren Sie gerne unser Service-Team (vertragsinfo@bdae.com oder +49-40-306874-23/43).