

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für Auslandsrankenversicherungen (VB Teil II – Allianz Partners AWP Health & Life)

Leistungsbeschreibung

Leistungen		EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
	Jahreshöchstbetrag	1.000.000 Euro	unbegrenzt	unbegrenzt
A1	Ambulante Heilbehandlung	Keine Leistung	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, höchstens jedoch bis 15.000 Euro pro Versicherungsjahr.	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	a) 100% 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). b) 100% für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.	a) 100% 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). b) 100% für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.	a) 100% für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Einbettzimmer in der einfachsten Form, soweit möglich. b) 100% für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. 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. d) 100% der Kosten für die Unterbringung eines Elternteils als Begleitperson bei der stationären Behandlung versicherter minderjähriger Kinder. e) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
A3	Arznei-, Verband- und Heilmittel	Im Rahmen von stationären Heilbehandlungen (Punkt A2).	100% , soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.	100% , soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.
A4	Zahnmedizinische Heilbehandlung	Keine Leistung	a) 100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert. b) Pro Jahr Vertragslaufzeit ist zu 100% des Rechnungsbetrages eine einmalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert. c) Vorsorgebehandlungen (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung) sind nicht erstattungsfähig.	a) 100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind ausschließlich als Zahnersatzbehandlung versichert. b) Pro Jahr Vertragslaufzeit ist zu 100% des Rechnungsbetrages eine zweimalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert. c) 100% des Rechnungsbetrages für Vorsorgebehandlungen (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung), höchstens jedoch bis 150 Euro pro Jahr Vertragslaufzeit.

Fortsetzung auf nächster Seite ▶

Leistungen		EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A5	Zahnersatz/Kieferorthopädische Maßnahmen	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten eingetreten sind für • 90% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendigen Zahnersatz und • bis zu einem Alter von 18 Jahren für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen, • höchstens jedoch bis insgesamt 3.000 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, • bis insgesamt 5.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, • ab dem vierten Versicherungsjahr höchstens bis 4.000 Euro pro Versicherungsjahr. Für in der Vertragslaufzeit unfallbedingt erforderlichen Zahnersatz besteht Versicherungsschutz ohne Wartezeit innerhalb der Höchstgrenzen. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
A6	Vorsorgeuntersuchungen	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für a) ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder, inklusive aller damit verbundenen Impfungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen. b) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für 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. b) Impfungen, inklusive Reiseschutzimpfungen ab dem 18. Lebensjahr, bis zu 600 Euro pro Versicherungsjahr, inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen. c) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen. 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.

Fortsetzung auf nächster Seite ►

Leistungen		EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A7	Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung	Keine Leistung	Keine Leistung	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 Wartezeit von 8 Monaten; d) Unterbringung bei stationären Entbindungen im Familienzimmer, in der jeweils einfachsten Form. 100% der Kosten für die Unterbringung des Ehe-/Lebenspartners, sofern dieser im selbigen Vertrag versichert ist, höchstens jedoch bis 200 Euro pro Tag.
A8	Unfruchtbarkeitsbehandlungen	Keine Leistung	Keine Leistung	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 60% 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: • Die angewandten Behandlungen müssen im Rahmen der in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorgaben (u. a. Embryonenschutzgesetz (EschG) und Präimplantationsdiagnostikgesetz (PräimpG)) erfolgen; • Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns müssen Frauen unter 40 Jahre alt sein sowie Männer unter 50 Jahre; • Die Unfruchtbarkeit muss aufgrund eines natürlichen, organisch bedingten Umstandes bestehen und kann nur durch Maßnahmen der assistierten Reproduktion überwunden werden; • Sowohl die Frau als auch der Mann müssen in selbigem Vertrag seit mindestens 24 Monaten versichert sein.

Fortsetzung auf nächster Seite ►

Leistungen		EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A9	Hilfsmittel	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 80% 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 80% des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis insgesamt 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
A10	Sehhilfen inkl. Sehtest	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 100% 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 100% versichert.
A11	Augenlasern	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	Psychotherapie	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2e besteht Versicherungsschutz für a) ambulante psychotherapeutische Behandlungen, jeweils bis zu 80% 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 BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A13	Krankentransport/Rücktransport/Überführung	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 an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.	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 an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.	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, abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 12, für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. 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. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.
A14	Nachhaftung	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	Angeborene Leiden	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	Sonstige Leistungen	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	Versicherer	Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich						
C2	Versicherungsnehmerin	BDAE Expat GmbH						
C3	Versicherungsberechtigte	Natürliche Personen						
C4	Versicherbare Personen	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 Höchstaufnahmearalter beträgt 75 Jahre.						
C5	Vertragliche Grundlagen	Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil I und Teil II (EXPAT INFINITY).						
C6	Geltungsbereich	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 Ländern und Regionen, die in der Tabelle „Länderzonen“ als nicht versicherbar gekennzeichnet sind sowie in Deutschland. a) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den nicht versicherbaren Ländern gemäß der Tabelle „Länderzonen“ 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. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. b) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht Versicherungsschutz für bis zu sechs Monate (kumuliert) pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. 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 nicht versicherbaren Länder gemäß der Tabelle „Länderzonen“ oder nach 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.						
C7	Beginn des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, § 4.						
C8	Versicherungsjahr	Jeweils vom 01.10. eines jeden Jahres bis zum 30.09. des darauffolgenden Jahres.						
C9	Dauer des Versicherungsverhältnisses	Die Laufzeit ist im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages unbefristet.						
C10	Kündigung des Versicherungsverhältnisses	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	Angaben zum Gesundheitszustand	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 zu 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	Zusätzliche Bestimmungen zu Leistungsausschlüssen	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	Wartezeit	<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	Anwartschaft	a) Der Versicherungsschutz kann während der Vertragslaufzeit auf Anwartschaft gestellt werden. 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. c) Ist der Versicherungsvertrag inkl. Risikozuschlägen geschlossen worden, so werden die Risikozuschläge auch während der Anwartschaft fällig. 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. e) Es gelten die VB Teil I, Besondere Bedingungen für die Anwartschaft.
C15	Sonstiges	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. b) Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. c) Der Abschluss einer Anwartschaft in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung wird angeraten.

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 Beitrags-erhöhung.

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.

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für Auslandskrankenversicherungen (VB Teil I – Allianz Partners AWP Health & Life)

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

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

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
2. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen in Textform mitzuteilen.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes, sofern dieser entsprechende Versicherungstarife anbietet.
5. Sind Versicherungsberechtigter 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.
6. 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 Gruppenversicherungsvertrages zu erbringen, hat der Versicherer bzw. die Versicherungsnehmerin ein außerordentliches Kündigungsrecht. Zudem können betroffene Personen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

§ 3 Beiträge, Leistungsanpassung, Versicherungsjahr

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

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

4. Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil II, Abschnitt C der Allianz Partners AWP Health & Life.
5. 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 vereinbarten Geltungsbereich aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag und mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
 - a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Aufenthaltsland;
 - b) nicht vor Eintritt der Versicherbarkeit der versicherten Person;
 - c) nicht vor Zahlung des Beitrages;
 - d) nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.
2. 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 beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten ein. Wird der Antrag auf Versicherung nach der zwei-monatigen Frist gestellt, muss zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt werden. 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. Die Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag erfolgt frühestens ab dem Tag des Eingangs des Antrages beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten.
3. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
4. Für Versicherungsfälle, die während der vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
5. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird in den Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil II, Abschnitt C der Allianz Partners AWP Health & Life.
6. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
 - a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person;
 - b) mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der festgelegten Voraussetzungen;
 - c) mit dem Tod der versicherten Person;
 - d) zum Ende des Monats, der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;
 - e) mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, § 1;
 - f) sobald die im Produkt genannten Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
 - g) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

§ 5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, den produktspezifischen Versicherungsbedingungen 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 die jeweilige Variante 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 Fehlgeburts;
 - 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;
 - d) Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtung, unter Beachtung von VB Teil II, Punkt A8.
 - e) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
 - f) 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, Krankengeschichten führen 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 vereinbarten 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 für einen medizinisch notwendigen Rücktransport zum nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus am ständigen Wohnsitz der versicherten Person. 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 Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall behandlungsbedürftig arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.
 - d) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - e) Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose, Psychoanalyse und Psychotherapie;
 - f) Immunisierungsmaßnahmen;
 - g) Hilfsmittel;
 - h) Behandlungen wegen Sterilität einschließlich künstlicher Befruchtungen sowie dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen;
 - i) Vorsorgeuntersuchungen;
 - j) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder, in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden je nach vereinbartem Produkt erstattet;
 - k) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch berufsmäßige Teilnahme an sportlichen, von Verbänden und Vereinen veranstalteten Wettkämpfen und deren Vorbereitung verursacht werden oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - l) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - m) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung 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. Stifitzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
 - r) angeborene Leiden. Angeborene Leiden sind Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, Störungen oder Fehlbildungen, die bereits bei der Geburt bestanden, unabhängig vom Vorliegen einer Diagnose.

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 Kostensteigerung 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 Versicherungsberechtigte 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. Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.
10. Verletzt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte 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 Versicherungsberechtigte 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 bzw. dessen Beauftragten 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 Versicherungsberechtigte 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 bzw. dessen Beauftragten 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 Versicherungsberechtigte 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/Vertragsprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragsprache 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 Versicherungsbeneficiäre 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 Versicherungsbeneficiären 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 Versicherungsbeneficiäre, 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.

Besondere Bedingungen für die Anwartschaft

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

Für die Dauer der Anwartschaft gelten die Versicherungsbedingungen (Teil I und II) des in Anwartschaft stehenden Produktes in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch die nachstehenden Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. Werden die Versicherungsbedingungen (Teil I und II) geändert, so gilt dies insoweit auch für die Anwartschaft.

§ 2 Gegenstand der Anwartschaft

Durch den Abschluss einer Anwartschaft erwirbt der Versicherungsbeneficiäre für die versicherte(n) Person(en) das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung den vollen Versicherungsschutz eines in der Anwartschaft stehenden Produktes aufleben zu lassen.
Die Dauer der Anwartschaft ist unbefristet.

§ 3 Voraussetzungen für die Anwartschaft

1. Voraussetzung für den Abschluss der Anwartschaft ist, dass die zu versichernde Person während des gesamten Anwartschaftszeitraumes über eine aktive Krankenversicherung Versicherungsschutz genießt. Hierbei kann es sich um eine Krankenversicherung des BDAE handeln (interne Police) oder um ein Produkt eines anderweitigen Versicherers (externe Police) oder einer gesetzlichen Krankenversicherung (externe Police). Diese Versicherung muss für die gesamte Dauer der Anwartschaftszeit bestehen und vollständigen Versicherungsschutz gewähren.
2. Die in Satz 1 genannte Krankenversicherung muss mindestens ambulante und stationäre Leistungen umfassen.
3. Der Nachweis über die aktive Krankenversicherung ist bei Antragsstellung dem Versicherer bzw. dessen Beauftragten nachzuweisen.
4. Bei Antragsstellung bzw. auf Verlangen des Versicherers bzw. dessen Beauftragten muss eine Einwilligung durch den Versicherungsbeneficiären bzw. der versicherten Person erteilt werden, die dem Versicherer bzw. dessen Beauftragten erlaubt, den Gesundheitszustand und die bislang in Anspruch genommenen Leistungen bei dem Vorversicherer zu erfragen. Die Einwilligung muss alle Vorversicherer umfassen, bei denen in den vergangenen 60 Monaten vor Beginn der Anwartschaft Versicherungsschutz bestand. Sofern die Vorversicherer gesundheitsrelevante Informationen nur an die betroffenen Personen erteilen, so sind diese verpflichtet, die relevanten Informationen bei dem Vorversicherer einzuholen. Diese Informationen sind dem Versicherer umfassend und vollständig zur Verfügung zu stellen.
5. Das Höchstaufnahmemaß beträgt 75 Jahre.

§ 4 Angaben zum Gesundheitszustand

Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ist für jede zu versichernde Person ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Für zu versichernde Personen ab 60 Jahren ist zusätzlich auf eigene Kosten ein ärztliches Gesundheitszeugnis beizubringen. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung behält sich der Versicherer bzw. dessen Beauftragten das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben.

§ 5 Beginn der Anwartschaft

1. Die Anwartschaft beginnt zum 1. eines Monats, jedoch nicht vor Erfüllung der in § 3 genannten Voraussetzungen und nicht vor Abschluss des Vertrages und nicht vor Zahlung des Anwartschaftsbeitrages. Der Versicherungsbeginn der Anwartschaft kann auch vor dem Beginn des Auslandsaufenthaltes liegen.
2. Der Versicherer hat dem Versicherungsbeneficiären den Anwartschaftsbeginn schriftlich zu bestätigen.

§ 6 Aufleben des Versicherungsschutzes

1. Möchte der Versicherungsbeneficiäre bzw. die versicherte Person den Versicherungsschutz aufleben lassen, so geht dies nur, wenn der bestehende

Krankenversicherungsschutz einer internen oder externen Police endet und dies dem Versicherer nachgewiesen wird. Anerkannte Beendigungsgründe sind:

- a) Der reguläre Ablauf einer zeitlich befristeten Krankenversicherung;
 - b) Der Entfall der Versicherbarkeit der versicherten Person in der internen oder externen Police;
2. Möchte der Versicherungsberechtigte bzw. die versicherte Person den Versicherungsschutz aufleben lassen, so ist er verpflichtet, dieses dem Versicherer mitzuteilen. Die Mitteilung hinsichtlich der Aktivierung des vollen Versicherungsschutzes muss spätestens einen Monat vor Beginn des gewünschten Datums beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten eingehen.
 3. Der Wegfall der aktiven Krankenversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen. Bei fristgemäßer Anzeige lebt der Versicherungsschutz des in Anwartschaft stehenden Produktes zum Zeitpunkt des Wegfalls der anderweitigen Krankenversicherung auf.
 4. Zwischen dem Beendigungszeitpunkt der internen oder externen Police und dem Beginn des aktiven Versicherungsschutzes muss ein nahtloser Übergang bestehen. Kommt es zur Unterbrechung des lückenlosen Versicherungsschutzes, kann der Versicherungsschutz nicht mehr aktiviert werden.
 5. Vom Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes an ist der Beitrag zu entrichten, der zu zahlen gewesen wäre, wenn während der Anwartschaftszeit voller Versicherungsschutz bestanden hätte.
 6. Wird vom Aufleben des Versicherungsschutzes kein Gebrauch gemacht, erlöschen alle erworbenen Rechte. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge ist ausgeschlossen.

§ 7 Kündigung

Möchte der Versicherungsberechtigte bzw. die versicherte Person den Versicherungsschutz des dahinter stehenden Produktes nicht aufleben lassen, kann die Anwartschaft 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.

§ 8 Leistungsumfang

1. Während der Anwartschaftszeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.
2. Nach Aufleben des Versicherungsschutzes besteht Anspruch auf Leistungen im Rahmen der jeweils gültigen Versicherungsbedingungen.
3. Alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen. Geleistet wird nur für den Teil des Versicherungsfalles, der in die Zeit nach Aufleben des Versicherungsschutzes fällt; bei Arznei- und Hilfsmitteln nur soweit diese nach Aufleben des Versicherungsschutzes bezogen wurden und im jeweiligen Versicherungsschutz eingeschlossen sind.
4. Die Anwartschaftszeit wird auf tarifliche Fristen und Wartezeiten angerechnet.

§ 9 Beitrag

1. Für die Dauer der Anwartschaft wird ein Beitrag erhoben, der abhängig vom Alter der zu versichernden Person ist. Der jeweils gültige Beitrag ergibt sich aus der anliegenden Beitragstabelle, welche Bestandteil der Versicherungsbedingungen ist. Zusätzlich ist es möglich, dass sich der Beitrag an dem zum Zeitpunkt der Antragsstellung vorliegenden Gesundheitszustand der zu versichernden Person orientiert. In diesen Fällen können der Versicherer bzw. dessen Beauftragten auf den gültigen Monatsbeitrag einen prozentualen Risikozuschlag erheben. Bei den in der Beitragstabelle ausgewiesenen Beiträgen handelt es sich um Jahresbeiträge, welche in gleichen Monatsraten ausgewiesen werden. Diese sind jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.
2. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht nicht.
3. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

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 Abschluss 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