VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR BEFRISTETE KRANKEN- UND KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNGEN DER EXPAT-REIHE FÜR LANGZEITREISEN (VB TEIL II)

EXPAT PRIVATE

1.	**VERSICHERER:**	Swiss Life Prévoyance et Santé, 7 rue Belgrand, F-92300 Levallois-Perret, Frankreich
2.	**VERSICHERUNGSNEHMERIN:**	BDAE EXPAT GmbH
3.	**VERSICHERUNGSBERECHTIGTE:**	Natürliche Personen. Pro Familie kann nur ein(e) Versicherungsberechtigte(r) angemeldet werden.
4.	**VERSICHERBARE PERSONEN:**	Versicherungsberechtigte und deren Familienangehörige sofern Versicherungsfähigkeit gem. der VB Teil I, A, § 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.
5.	**VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN:**	Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen VB Teil I und Teil II (EXPAT PRIVATE).
6.	**GELTUNGSBEREICH:**	1. 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, A, § 1, Abs. 4 und 5 sowie VB Teil II, Punkt 15. 2. In den Ländern, in denen die versicherte Person einen gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat, besteht Versicherungsschutz, sofern diese Länder durch Auswahl des entsprechenden Prämienbereiches (VB Teil II, Punkt 15) eingeschlossen sind. 3. Die Prüfung, ob die Versicherung den gesetzlichen oder lokalen Bestimmungen des Aufenthalts- oder Wohnsitzlandes genügt, obliegt den versicherten Personen. 4. Diese Versicherung entspricht nicht einer Pflichtversicherung zur Krankheitskostenversicherung bei gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deuschland.
7.	**BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES:**	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, A, § 4.
8.	**VERSICHERUNGSJAHR:**	Jeweils vom 01.07. eines jeden Jahres bis zum 30.06. des darauffolgenden Jahres.
9.	**DAUER DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSES:**	5 Jahre, eine einmalige Verlängerung um weitere 5 Jahre ist mit Einwilligung des Versicherers möglich.
10.	**KÜNDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSES:**	1. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen mitzuteilen. 2. 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. 3. Sind Versicherungsberechtigter und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und die Versicherungsnehmerin dieses dem Versicherer bei der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag entsprechend nachweist. Die betroffene versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsberechtigten fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
11.	**PRÄMIENZAHLUNG:**	Die Prämie ist eine Jahresprämie, die in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Sie ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.
12.	**ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND:**	Keine. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen.
13.	**LEISTUNGEN:**	**EXPAT PRIVATE**
13.1	**AMBULANTE HEILBEHANDLUNG:**	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand.
13.2	**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, A, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
13.3	**ARZNEI-, VERBANDS- UND HEILMITTEL:**	100%, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.

Stand: 01.07.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

13.4	**ZAHNMEDIZINISCHE HEILBEHANDLUNG:**	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert. Pro Jahr Vertragslaufzeit ist eine einmalige Vorsorgeuntersuchung und –behandlung mitversichert (auch Polieren und Zahnreinigung).
13.5	**ZAHNERSATZ/ KIEFERORTHOPÄDISCHE MASSNAHMEN:**	Abweichend von VB Teil I, A, § 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, - höchstens jedoch bis insgesamt 2.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren, - bis insgesamt 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren, - ab dem vierten Versicherungsjahr höchstens bis 4.000 EUR pro Versicherungsjahr. In der Vertragslaufzeit unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz ohne Wartezeit innerhalb der Höchstgrenzen. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
13.6	**VORSORGEUNTERSUCHUNGEN:**	Ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder, sowie zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.
13.7	**LEISTUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG:**	Versicherungsschutz besteht für a) ärztliche Behandlungen einschl. 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 tariflich vereinbarten Wartezeit.
13.8	**HILFSMITTEL:**	Abweichend von VB Teil I, A, § 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 insgesamt 1.000 EUR pro Versicherungsjahr. Für Sehhilfen werden innerhalb der Höchtsgrenzen maximal bis zu 50 EUR pro versicherter Person und Versicherungsjahr geleistet. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
13.9	**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 EUR pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Die Leistungsausschlüsse gemäß VB Teil I, A, § 6, Abs. 2 l und n bleiben hiervon unberührt.
13.10	**SONSTIGE LEISTUNGEN:**	a) 100% für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport oder Überführung in das Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat - innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 EUR, - kontinentübergreifend bis 10.000 EUR. 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.
13.11	**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.
14.	**WARTEZEIT:**	8 Monate für Entbindung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen.
15.	**MONATSPRÄMIE:**	
	WELTWEIT AUSSER USA/KANADA:	Versicherungsberechtigte(r): 144,00 EUR Familienangehörige: 195,00 EUR (pro Person) Bei Wahl des Tarifs weltweit außer USA/Kanada besteht Versicherungsschutz für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte auch in USA/Kanada für insgesamt 42 Tage im Versicherungsjahr. Für Behandlungen, die über den 42. Tag hinaus notwendig werden, wird nicht geleistet. Der Versicherungsschutz ist jedoch begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf. Für Krankheiten, deren Behandlung bereits vor der Einreise in die USA/Kanada feststand, besteht kein Versicherungsschutz. Der Aufenthalt ist vor Einreise in die USA/Kanada beim Versicherer anzuzeigen. Beginn und Ende des Aufenthaltes in USA/Kanada sind auf Verlangen nachzuweisen.
	WELTWEIT EINSCHLIESSLICH USA/KANADA:	Versicherungsberechtigte(r): 399,00 EUR Familienangehörige: 599,00 EUR (pro Person)
15.a	**SELBSTBEHALT:**	
	WELTWEIT AUSSER USA/KANADA:	0 EUR
	WELTWEIT EINSCHLIESSLICH USA/KANADA:	500 EUR pro Person und Versicherungsjahr im gesamten Prämienbereich. Unterjährige An-/Abmeldungen werden anteilig berechnet.
16.	**SONSTIGES:**	Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Abschluß einer Anwartschaftsversicherung wird angeraten.

Stand: 01.07.2014

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR BEFRISTETE KRANKEN- UND KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNGEN DER EXPAT-REIHE FÜR LANGZEITREISEN (VB TEIL I)

TEIL A - ALLGEMEINER TEIL GÜLTIG FÜR ALLE IM TEIL B GENANNTEN VERSICHERUNGEN UND DIE JEWEILIGEN TARIFE

§ 1 VERSICHERBARE PERSONEN UND VERSICHERUNGSFÄHIGKEIT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Gruppenversicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsberechtigte gestellt werden. Versicherungsberechtigte sind juristische und natürliche Personen gemäß den jeweils zugrundeliegenden Tarifbedingungen.

2. Versicherbar sind natürliche Personen.

3. Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind

   a) dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

   b) Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.

4. Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt nicht nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz.

5. Nicht versicherbar sind natürliche Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland, bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag die Gesamtversicherungsdauer aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von 5 Jahren überschritten hat.

§ 2 ABSCHLUSS UND BEENDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

1. Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.

2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

3. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes.

§ 3 PRÄMIE, LEISTUNGSANPASSUNG, VERSICHERUNGSJAHR

1. Die Versicherungsnehmerin hat das Recht, einzelne versicherte Personen wegen Nichtzahlung der Prämie aus dem Gruppenversicherungsvertrag abzumelden.

2. Der Versicherer ist berechtigt, zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine Änderung der Prämie oder des Umfangs der Versicherungsleistung vorzunehmen, sofern er dies der Versicherungsnehmerin mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des tariflich vereinbarten Versicherungsjahres mitteilt.

3. Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen VB Teil II.

4. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, eine Anpassung der Prämie oder der Versicherungsleistung mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende des tariflich vereinbarten Versicherungsjahres den Versicherungsberechtigten und der versicherten Personen schriftlich mitzuteilen.

§ 4 GELTUNGSBEREICH, BEGINN, DAUER UND ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

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

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),

   a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im tariflich vereinbarten Geltungsbereich;

   b) nicht vor Eintritt der tariflichen Versicherbarkeit der versicherten Person;

   c) nicht vor Zahlung der Prämie;

   d) nicht vor Ablauf tariflich vereinbarter Wartezeiten.

2. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.

3. Für Versicherungsfälle, die während der tariflich vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.

4. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird im jeweiligen Tarif festgelegt.

5. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:

   a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person, spätestens jedoch mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer des gewählten Tarifs;

   b) mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der im Tarif festgelegten Fristen und Voraussetzungen;

   c) mit dem Tod der versicherten Person;

   d) mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, A, §1;

   e) zum Ende des Monats der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im tariflich vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;

   f) sobald die tariflichen Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;

   g) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

§ 5 GEGENSTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES UND UMFANG DER LEISTUNGSPFLICHT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer leistet je nach versichertem Tarif Entschädigung für akut und unerwartet während des Aufenthaltes im tariflich vereinbarten Geltungsbereich eintretende Versicherungsfälle.

2. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, den gewählten Tarifen, den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

§ 6 ALLGEMEINE EINSCHRÄNKUNGEN DER LEISTUNGSPFLICHT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Stand: 01.07.2014

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 tarifgemäß erstattet.

   k) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch berufsmäßige Teilnahme an sportlichen, von Verbänden und Vereinen veranstalteten Wettkämpfen und deren Vorbereitung verursacht werden oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

   l) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

   m) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung von World Health Organisation empfohlener oder gesetzlich vorgeschriebener Schutzimpfungen auftreten, es sei denn, dass medizinische Gründe der Schutzimpfung entgegenstehen. In diesem Falle sind die medizinischen Gründe dem Versicherer durch ein ärztliches Attest zu belegen.

   n) Behandlungen eines Abhängigkeitssyndroms und deren Folgen;

   o) Selbstmordversuche und deren Folgen;

   p) Organspenden und deren Folgen;

   q) Zahnersatz (wie z.B. Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen.

Hinweis: Bitte beachten Sie die zusätzlichen Bestimmungen zu den Ausschlüssen in VB Teil I, B.

§ 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 1.000,00 EUR 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. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

3. Beginn und Ende, sowie die Unterbrechung eines Aufenthaltes im tariflich vorgesehenen Geltungsbereich, sowie das Vorliegen der tariflichen Voraussetzung auf Versicherungsfähigkeit sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

4. 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.

5. Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.

§ 8 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum des Versicherers - erbracht sind:

   a) Bezahlte Original-Belege, die den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Namen und Anschrift des Behandlers, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungs-Zweitschriften. Werden fremdsprachige Belege eingereicht, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, sind auf Verlangen des Versicherers deutsch- oder englischsprachige Übersetzungen beizubringen.

   b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.

   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 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 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 Gruppenver-

Stand: 01.07.2014

sicherungsvertrag 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.

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.

§ 10 AUFRECHNUNG

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

§ 11 WILLENSERKLÄRUNGEN UND ANZEIGEN

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

§ 12 ANZUWENDENDES RECHT / VERTRAGSSPRACHE

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

§ 13 ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 14 AUFSICHTSBEHÖRDE UND BESCHWERDESTELLEN

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

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

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

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Tel.: +49-30-20 60 58-99
Fax: +49-30-20 60 58-98
e-mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de

TEIL B – BESONDERER TEIL ZU DEN EINZELNEN VERSICHERUNGEN

JEWEILIGER ABSCHNITT GÜLTIG IN ABHÄNGIGKEIT VOM GEWÄHLTEN VERSICHERUNGSSCHUTZ UND TARIF

ABSCHNITT I. KRANKENVERSICHERUNG FÜR LANGZEITREISEN (NUR GÜLTIG, SOFERN IM GEWÄHLTEN TARIF ENTHALTEN)

§ 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. 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.

2. Sofern der Tarif 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 tariflich vereinbarten Wartezeit;

   d) Ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);

   e) Tod.

3. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Bedingungen und dem jeweils gewählten Tarif.

4. Im tariflich 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.

5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in VB Teil I, B, I, §1, Abs. 4 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.

6. 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).

7. 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, B, I, § 1, Abs. 6, erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

8. 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.

9. Der Versicherer leistet im tariflich vereinbarten Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch einen versicherten Leistungsfall eintritt.

10. Der Versicherer leistet im tariflich 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.

§ 2 EINSCHRÄNKUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

1. 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 tarifgemäße Leistungspflicht für maximal drei Monate gerechnet ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen ver-

einbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung ortsüblich nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

§ 3 BESONDERE OBLIEGENHEITEN NACH EINTRITT DES VERSICHERUNGSFALLES

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.

2. Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.

3. 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.

4. Schwangerschaften sind, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, innerhalb von 4 Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzuzeigen.

5. Medizinisch notwendige Rücktransporte sind vor deren Durchführung dem Versicherer anzuzeigen.

6. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus VB Teil I, A § 7, Abs. 4.

ABSCHNITT II. KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG (NUR GÜLTIG, SOFERN IM GEWÄHLTEN TARIF ENTHALTEN)

§ 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen im In- und Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall bei Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld.

2. Versicherungsfall ist die im Verlauf einer medizinisch notwendigen ärztlichen Heilbehandlung festgestellte Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht.

3. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Arbeitsunfähigkeit im vereinbarten Aufenthaltsland.

§ 2 UMFANG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zuzüglich etwaiger tariflich vereinbarter leistungsfreier Tage (Karenzzeit). Die Leistungspflicht endet mit Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder mit dem Ende der Versicherung gemäß VB Teil I, A, § 4, Abs. 5 und VB Teil I, B, § 4, spätestens jedoch mit Ablauf der tariflich vereinbarten Leistungsdauer.

2. Der Versicherer verpflichtet sich, den Versicherungsschutz zum Ersten des folgenden Monats des auf den Antrag des Versicherungsberechtigten und der versicherten Person anzupassen, wenn und soweit,

   a) durch eine Änderung des regelmäßigen, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens eine Erhöhung des vereinbarten Krankentagegeldes notwendig ist, um das vorherige prozentuale Verhältnis des Krankentagegeldes zum Nettoeinkommen wiederherzustellen. Diese Verpflichtung des Versicherers besteht bei einer Verringerung des Krankengeldanspruches gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger entsprechend.

   b) durch eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Falle der Arbeitsunfähigkeit der Wechsel in eine Tarifstufe mit anderer Karenzzeit erforderlich wird.

   Die Anpassung muss innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der Gründe für die Änderung beantragt werden. Die Änderungsgründe sind glaubhaft zu machen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Für laufende Versicherungsfälle wird vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung an der erhöhte Versicherungsschutz gewährt.

3. Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Versicherungsverhältnis zu Grunde gelegten Einkommens gesunken ist, kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag rückwirkend ab dem Eintritt der Minderung entsprechend herabsetzen beziehungsweise zuviel gezahlte Leistungen zurückfordern.

4. Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt oder Zahnarzt oder im Krankenhaus behandelt wird.

5. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung 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 und Krankengeschichten führen.

6. 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, B, II, § 2, Abs. 5, erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

§ 3 BESONDERE AUSCHLÜSSE

Soweit nicht anders vereinbart besteht keine Leistung:

1. Bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Abweichend hiervon werden für in einem Arbeitsverhältnis befindliche Personen, die für die Zahlung eines Krankentagegeldes mit einer Karenzzeit (leistungsfreie Zeit) von mindestens 42 Tagen versichert sind, außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote gem. VB Teil I, B, II,§ 3, Abs. 2, Leistungen erbracht.

2. Bei Arbeitsunfähigkeit während gesetzlicher Beschäftigungsverbote für in einem Arbeitsverhältnis befindliche werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz).

§ 4 ZUSÄTZLICHE BESTIMMUNGEN ZUM ENDE DER VERSICHERUNG

1. Der Versicherungsschutz endet zusätzlich zu VB Teil I, A, § 4, Abs. 5 mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit, mit Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder einer teilweisen Erwerbsminderung sowie mit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungs- oder Altersrente.

2. Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung vorliegt, entscheidet der Versicherer aufgrund der eingereichten beziehungsweise von ihm eingeholten Nachweise und teilt seinen Bescheid in Schriftform mit.

§ 5 BESONDERE OBLIEGENHEITEN

1. Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich durch Vorlage eines Nachweises anzuzeigen. Die Bescheinigung kann vorab per Fax übermittelt werden. Die Originale sind unverzüglich auf den Postweg zu bringen. Eine Bescheinigung von Ehe- oder Lebenspartnern, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor Ablauf der gewählten Karenzzeit. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer regelmäßig, soweit nicht anders vom Versicherer gefordert, in höchstens vierzehntägigen Abständen nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

2. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

3. Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

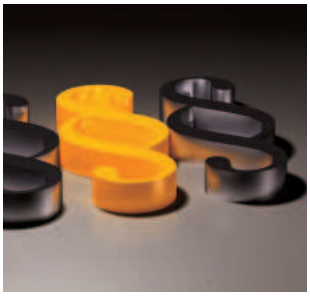
4. Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses zwischen der Versicherungsberechtigten und der versicherten Person ist dem Versicherer von der Versicherungsberechtigten und der versicherten Person unverzüglich anzuzeigen.

5. Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

6. Versicherte Personen sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens oder eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgelts durch den Arbeitgeber mitzuteilen.

Stand: 01.07.2014

PATIENTEN-RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG FÜR BDAE-VERSICHERTE



NEU: ERSTMALS WELTWEITER PATIENTEN-RECHTSSCHUTZ

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

WAS IST ABGESICHERT?

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

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

WANN LIEGEN BEHANDLUNGS- UND AUFKLÄRUNGSFEHLER VOR?

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

ÜBER DIE ARAG ALLGEMEINE RECHTSSCHUTZ-VERSICHERUNGS-AG

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

Stand: 01.07.2014

• BDAE HOLDING GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 79790 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ

MEDIZINISCHE ASSISTANCE FÜR BDAE-VERSICHERTE UND BDAE-MITGLIEDER

Global Assistance

Allianz

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

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

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

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

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

Stand: 01.07.2014

• BDAE HOLDING GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 79790 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ

Diese Leistungen können BDAE-Versicherte und -Mitglieder an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr abrufen. Ein derartiges Angebot ist normalerweise nur von sehr großen Unternehmen für ihre Mitarbeiter finanzierbar. Durch die strategische Partnerschaft des BDAE mit ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE profitieren auch Privatkunden von dem Sicherheitspaket. Um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren, halten Sie bitte bei der Kontaktaufnahme mit ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE stets Ihre BDAE-Versicherten- oder -Mitgliedsnummer bereit.

ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE

Die Allianz Global Assistance Gruppe, internationaler Marktführer im Bereich Assistance und Reiseversicherungen, beschäftigt weltweit mehr als 10.900 Mitarbeiter. Ein Netzwerk von 400.000 Service-Anbietern und 180 Korrespondenten sorgt dafür, dass Hilfe schnellstmöglich dort ankommt, wo sie benötigt wird, jederzeit und weltweit. 250 Millionen Menschen – fast vier Prozent der Weltbevölkerung – haben Anspruch auf die Dienstleistungen der Gruppe auf allen fünf Kontinenten. Die Allianz Global Assistance SAS gehört zur Allianz SE, München. Die BDAE-Mitglieder und -Kunden erhalten die Service-Leistungen von einer gesonderten Abteilung - unter anderem stehen aktuell 14 Fachärzte zu Betreuung bereit.

Stand: 01.07.2014

RECHTSBELEHRUNG NACH § 19 ABS. 5 SATZ 1 VVG

RECHTSBELEHRUNG DURCH SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ (VERSICHERER)

MITTEILUNG NACH § 19 ABS. 5 VVG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER GESETZLICHEN ANZEIGEPFLICHT

Damit der Versicherer 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 dem Versicherer schriftlich 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 der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Wenn der Versicherer 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 der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen ihm nach, dass Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er 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. Seine Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. KÜNDIGUNG

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. VERTRAGSÄNDERUNG

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

4. AUSÜBUNG DER RECHTE DES VERSICHERERS (§ 21 VVG)

Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er 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 er sich nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Seine 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 des Versicherers, 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.

Ort, Datum:

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

Stand: 01.07.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG GEGENÜBER SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ (VERSICHERER)

TEIL I - ERKLÄRUNG BEI ANTRAGSTELLUNG

Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Das Versicherungsvertragsgesetz, das Bundesdatenschutzgesetz sowie andere Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch den Versicherer. Aus diesem Grund benötigen wir Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages (Bearbeitung Ihres Schadenfalles) unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten
durch uns selbst (unter 1.),
im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.)

Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mitversicherte Personen, wie z.B. für Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG, SPEICHERUNG UND NUTZUNG IHRER GESUNDHEITSDATEN

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé die von mir in diesem Antrag künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. ABFRAGE VON GESUNDHEITSFRAGEN BEI DRITTEN ZUR RISIKOBEURTEILUNG UND ZUR PRÜFUNG DER LEISTUNGSPFLICHT

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Darüber hinaus kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.
Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

Ich wünsche, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé mich in jedem Fall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Swiss Life Prévoyance et Santé einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Swiss Life Prévoyance et Santé einwillige

oder

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für Swiss Life Prévoyance et Santé konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Stand: 01.07.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

3. WEITERGABE IHRER GESUNDHEITSDATEN UND WEITERER VON DER SCHWEIGEPFLICHT GESCHÜTZTER DATEN AN STELLEN AUSSERHALB SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. DATENWEITERGABE ZUR MEDIZINISCHEN BEGUTACHTUNG

Zur Beurteilung der zu versichernden Risiken sowie zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies für die Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Swiss Life Prévoyance et Santé zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Swiss Life Prévoyance et Santé tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. ÜBERTRAGUNG VON AUFGABEN AUF ANDERE STELLEN (UNTERNEHMEN ODER PERSONEN)

Bestimmte Aufgaben wie z. B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist den Erklärungen unmittelbar angefügt 1*). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.bdae.com/de/downloads/GesundheitsdatenSchweigepflichtentbindung.pdf eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie Swiss Life Prévoyance et Santé es tun dürfte. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter der beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. SPEICHERUNG UND VERWENDUNG IHRER GESUNDHEITSDATEN, WENN DER VERTRAG NICHT ZUSTANDE KOMMT

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragsstellung.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

ERKLÄRUNGEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN) ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

Ort, Datum: Unterschriften:

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

AGA Service Deutschland GmbH (Assistancedienstleistungen)
Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
Krankenrücktransporte (medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)
BDAE Expat GmbH
BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH
BDAE Holding GmbH
BDJ Versicherungsmakler GmbH & Co. KG

Stand: 01.07.2014

TEIL II - ERKLÄRUNG ZUR PRÜFUNG DER LEISTUNGSPFLICHT

A. EINWILLIGUNG UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG FÜR DIE ABFRAGE VON GESUNDHEITSDATEN BEI DRITTEN UND FÜR DIE DATENWEITERGABE

DATENWEITERGABE AN RÜCKVERSICHERER

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann Swiss Life Prévoyance et Santé Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit der Rückversicherer kontrollieren kann, ob Swiss Life Prévoyance et Santé einen Versicherungsfall richtig eingeschätzt hat, ist es möglich, dass Swiss Life Prévoyance et Santé Ihre Schadenunterlagen dem Rückversicherer vorlegen muss. Zur Abrechnung von Versicherungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an Rückversicherer übermittelt, soweit dies für die Geltendmachung gesetzlicher Erstattungsansprüche in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Swiss Life Prévoyance et Santé zurückübermittelt werden. Soweit erforderlich entbinde ich die für Swiss Life Prévoyance et Santé tätigen Personen und die Gutachter im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

ERKLÄRUNGEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN) ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

B. DATENWEITERGABE AN ANDERE VERSICHERER

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte im Schadenfall dem Versicherer alle für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzuzeigen. Hierzu können auch frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen gehören. In bestimmten Fällen wie Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen bedarf es eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Auch um den Missbrauch von Versicherungen zu verhindern, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden (Schadenart, Schadenhöhe, Schadentag).

Ort, Datum: Unterschriften:

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

Stand: 01.07.2014

KRANKENVERSICHERUNG FÜR BIS ZU 60 MONATE AUSLANDSAUFENTHALT

ANTRAG EXPAT PRIVATE

ANTRAGSTELLER(IN)/VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R): M55155.16631

Name:	Vorname(n):	Derz. Beruf:
Anschrift:		BDAE Mitgl.-Nr., sofern vorhanden
Fon:	Fax:	E-Mail:

ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERKEHR:

Zahlweise:*	☐ jährlich	☐ halbjährlich (+2%)	☐ vierteljährlich (+3%) ☐ monatlich (+5%)
Bank:	IBAN:		BIC:
Kreditkarte (+6%):*	☐ Master-/Eurocard ☐ Visa ☐ Diners	Gültig bis:	Karten-Nr.:

Konto-/Karteninhaber, falls nicht Antragsteller (bitte zusätzlich unten unterschreiben lassen):

ANGABEN ZU WEITEREN KRANKENVERSICHERUNGEN:

Besteht eine weitere Krankenversicherung?*	☐ Nein ☐ Ja, bei:	Vers.-Nr.:

FOLGENDE PERSONEN SOLLEN VERSICHERT WERDEN: (Bitte Antragsteller(in) mit berücksichtigen!)

Name, Vorname(n)	Nationalität	Geschlecht* m	w	Geburtsdatum	Geplantes Aufenthaltsland	Einschluss* USA/Kanada ohne	mit	Monatsbeitrag (EUR)	Versicherungsbeginn (Monat/Jahr)

(*bitte ankreuzen)

Hiermit beantrage(n) ich/wir Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherung der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen Teil I und Teil II: EXPAT PRIVATE für die oben aufgeführten Personen durch Anmeldung als versicherte Personen beim Versicherer.

Die Gesamtprämie ist entsprechend der gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Die Einzugsermächtigung für o.a. Kontoverbindung oder Kreditkarte wird hiermit gegenüber der BDAE Holding GmbH, welche von der BDAE Expat GmbH zur Vertragsverwaltung sowie zum Inkasso bevollmächtigt ist, erteilt. Der Einzug ist erkennbar an der Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000131378. Die persönliche Mandatsreferenznummer wird auf der Versicherungsbestätigung mitgeteilt. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BDAE Holding GmbH für den Versicherer gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Die Prämie ist nach Zugang der Bestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn fällig. Mir/uns ist bekannt, dass die Versicherungsnehmerin im Falle einer vom Versicherungsberechtigten zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung der jeweils fälligen Prämie und Nebenkosten die oben aufgeführten Personen nicht beim Versicherer als versicherte Person anmeldet, beziehungsweise wieder abmeldet. Mir/uns ist bekannt, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.

Ort, Datum: Unterschriften:

(Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen, ggf. anderer Konto-/ Karteninhaber)

Versicherer: Swiss Life Prévoyance et Santé
Versicherungsnehmerin: BDAE EXPAT GmbH

Stand: 01.07.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

CHECKLISTE BEI ANTRAGSTELLUNG

DAMIT EINE SCHNELLE UND ZÜGIGE ANTRAGSBEARBEITUNG ERFOLGEN KANN, BITTEN WIR SIE, FOLGENDE PUNKTE ZU BEACHTEN

1. Der Antrag muss bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausgefüllt werden.

2. Zu jedem Antrag muss die Rechtsbelehrung sowie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten unterschrieben vorliegen.

3. Angaben zur Zahlweise:

- Die Überweisung der Prämie ist nur jährlich oder halbjährlich (+2%) möglich.
- Ein Lastschrifteinzugsverfahren ist nur von einem deutschen Konto monatlich (+5%), vierteljährlich (+3%), halbjährlich (+2%) oder jährlich möglich. Alternativ können Prämien auch per Kreditkarte (+6%) im gleichen Zahlungsmodus wie beim Lastschrifteinzugsverfahren beglichen werden.

4. Der Antrag muss von dem Antragsteller bzw. der Antragstellerin und allen volljährigen zu versichernden Personen unterschrieben werden.

5. Weicht der Kontoinhaber von der/dem Antragsteller/in ab, so ist die Unterschrift des Kontoinhabers ebenfalls erforderlich.

6. Bei den Tarifen Expat Flexible, Expat Private Premium, Expat Retired und Expat Resident ist folgendes zu beachten:

- EXPAT FLEXIBLE: Ein Gesundheitszeugnis oder ein Nachweis einer deutschen Vorversicherung ist einzureichen, wenn die versicherte Person sich bereits länger als 31 Tage in Deutschland aufhält. Das Gesundheitszeugnis darf nicht älter als 14 Tage sein.
- EXPAT PRIVATE PREMIUM: Mit dem Antrag müssen die Angaben zum Gesundheitszustand eingereicht werden. Nach Vollendung des 50. Lebensjahres ist ein Gesundheitszeugnis einzureichen, welches nicht älter als 3 Monate ist.
- EXPAT RETIRED und EXPAT RESIDENT: Mit dem Antrag müssen die Angaben zum Gesundheitszustand sowie die ergänzende Erklärung eingereicht werden. Nach Vollendung des 60. Lebensjahres ist ein Gesundheitszeugnis einzureichen, welches nicht älter als 3 Monate ist.

7. Gesundheitszeugnis Expat Flexible, Expat Private Premium, Expat Retired und Expat Resident:

- Die Gesundheitszeugnisse müssen gut lesbar in deutscher oder englischer Sprache erstellt werden.
- Jede Frage muss beantwortet werden.
- Fragen, die mit ja beantwortet werden bzw. Fragen, die auf einen krankhaften Befund hinweisen, müssen erläutert werden.
- Die Erklärung vor dem Arzt muss vom Antragsteller und vom Arzt unterzeichnet werden.
- Die letzte Seite des Zeugnisses muss ebenfalls vom Arzt unterzeichnet werden.
- Bei Auswahl des Expat Resident, Expat Retired Top-Tarifs oder Expat Flexible Plus-Tarifs muss ein Zahnstatus erstellt werden.
- Vor- und Nachname müssen auf jeder Seite des Untersuchungsbefundes angegeben werden.
- Bitte geben Sie immer Ihren Hausarzt mit dem vollständigen Namen und der genauen Adresse an.
- Sollten stationäre Behandlungen stattgefunden haben, wäre es zur Beschleunigung der Prüfung sehr hilfreich, wenn uns zusammen mit dem Gesundheitszeugnis entsprechende Entlassungsberichte bzw. Befundberichte eingereicht werden.
- Sollte es zu Rückfragen kommen, halten Sie bitte die im Anforderungsschreiben gesetzten Fristen ein, da ansonsten keine Annahme möglich ist.

DURCH DIE BEACHTUNG DIESER REGELUNG KÖNNEN WIR EINE REIBUNGSLOSE UND SCHNELLE ANTRAGSBEARBEITUNG GEWÄHRLEISTEN. HERZLICHEN DANK FÜR IHR VERSTÄNDNIS!