

**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR KRANKEN- UND KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNGEN DER EXPAT-REIHE
TEIL II**

TARIF EXPAT RETIRED

1.	VERSICHERER:	Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstr. 11, D-97070 Würzburg		
2.	VERSICHERUNGSNEHMERIN:	BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH		
3.	VERSICHERUNGSBERECHTIGTE:	Natürliche Personen		
4.	VERSICHERBARE PERSONEN:	Versicherungsberechtigte, die außerhalb des Landes leben, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, sowie deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gem. der VB Teil I, A, § 1 gegeben ist. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner und Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern der/die Versicherungsberechtigte oder der Ehepartner deren Erziehungsberechtigte sind. Familienangehörige, die die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes besitzen, können mitversichert werden. Das Höchstaufnahmearter beträgt 65 Jahre.		
5.	VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN:	Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen VB Teil I und Teil II (EXPAT RETIRED).		
6.	GELTUNGSBEREICH:	Weltweit, mit Ausnahme des Heimatlandes und USA/Kanada/Deutschland. Im jeweiligen Heimatland (mit Ausnahme USA/Kanada) besteht Versicherungsschutz für drei Monate (kumuliert) pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis.		
7.	BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES:	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, A, § 4 und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.		
8.	VERSICHERUNGSAUFGABEN:	Jeweils vom 01.04. eines jeden Jahres bis zum 31.03. des darauffolgenden Jahres.		
9.	DAUER DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSSES:	Die Laufzeit ist im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages unbefristet.		
10.	KÜNDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSSES:	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 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 GESUNDHEITZUSTAND:	Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ist für jede zu versichernde Person ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Für zu versichernde Personen ab 60 Jahren ist zusätzlich auf eigene Kosten ein ärztliches Gesundheitszeugnis beizubringen. Die Versicherungsnehmerin behält sich eine Risikoprüfung vor und entscheidet über die Annahme des Antrages. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen.		
13.	LEISTUNGEN:	EXPAT R-BASIS	EXPAT R-PLUS	EXPAT R-DENT
13.1	AMBULANTE HEILBEHANDLUNG:	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen.	Keine Leistung	Keine Leistung

Stand: 01.04.2012

13.2	STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG:	100 % für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, im Heimatland in der allgemeinen Pflegekasse (Bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, B, § 1, Abs. 6)	Keine Leistung	Keine Leistung
13.3	ARZNEI-, VERBAND- UND HEILMITTEL:	100%, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.	Keine Leistung	Keine Leistung
13.4	ZAHNMEDIZINISCHE HEILBEHANDLUNG:	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung in einfacher Ausfertigung. Pro Jahr Vertragslaufzeit ist eine einmalige, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung, jedoch keine Vorsorgebehandlung, mitversichert.	Keine Leistung	Keine Leistung
13.5	ZAHNERSATZ:	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, A, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten für 80% der Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz höchstens jedoch: - bis zu 500 EUR pro Versicherungsjahr innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, - bis zu 2.000 EUR in jedem folgenden Versicherungsjahr Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf andere Versicherungsjahre übertragen werden.
13.6	VORSORGEUNTERSUCHUNGEN:	Keine Leistung	Ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.	Keine Leistung
13.7	LEISTUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG:	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
13.8	HILFSMITTEL:	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, A, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für die folgenden Hilfsmittel: a) Sehhilfen bis zu 50 EUR pro versicherter Person und Versicherungsjahr; b) Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen in einfacher Ausfertigung.	Keine Leistung

13.9	SONSTIGE LEISTUNGEN:	<p>a) 100% für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück.</p> <p>b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport oder Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 EUR, - kontinentübergreifend bis 10.000 EUR. <p>Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist.</p> <p>Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen.</p>	Keine Leistung	Keine Leistung
14.	WARTEZEIT:	Keine	Keine	8 Monate für Zahnersatz.
15.	MONATSPRÄMIE:	132,00 EUR	55,00 EUR	38,00 EUR
		Die oben genannten Prämien erhöhen sich um 10% ab dem ersten Monat des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.		
		Die oben genannten Prämien erhöhen sich um 50% ab dem ersten Monat des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 65 Jahre alt wird.		
15.a	SELBSTBEHALT:	250,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
		Der Selbstbehalt gilt jeweils pro Person und Versicherungsjahr. Unterjährige An- und Abmeldungen werden anteilig berechnet.		
16.	SONSTIGES:	Ein nachträglicher Wechsel zwischen den Modulen oder eine nachträgliche Hinzunahme der Module ist nicht möglich. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Abschluß einer Anwartschaftsversicherung wird angeraten.		

Stand: 01.04.2012

MEDIZINISCHE ASSISTANCE FÜR BDAE-VERSICHERTE UND BDAE-MITGLIEDER



Für eine schnelle und reibungslose Abwicklung jeglicher medizinischer Vorgänge auf der ganzen Welt hat die BDAE GRUPPE ein Assistance-Programm in ihr Versicherungskonzept integriert. Die Assistance-Leistungen – also die Hilfs-, Notfall- und Service-Angebote – stellt der BDAE seinen Versicherten und Mitgliedern in Kooperation mit dem Spezialisten ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE Service Deutschland zur Verfügung. Dabei handelt es sich um folgende Leistungen für die Versicherten und Mitglieder:

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

- Mehrsprachige 24-Stunden-Notfall-Hotline,
- Über 100.000 medizinische Serviceprovider weltweit,
- Informationen über (zahn)medizinische Leistungsträger (z.B. Namen, Adressen und Telefonnummern sowie Sprechzeiten von Ärzten, Krankenhäusern, Kliniken und Zahnärzten innerhalb der Region des aktuellen Aufenthaltsortes),
- Beratung von Patienten in Routine- und Notfällen sowie bei Krisen, welche die Sicherheit im Aufenthaltsland gefährden,
- Unterstützung und Betreuung von Angehörigen durch Versorgung mit länderspezifischen Daten und Informationen rundum die Gesundheitsversorgung,
- Hilfe bei der Vereinbarung von Behandlungsterminen mit Krankenhäusern und Ärzten bei ambulanter Behandlung,
- Organisation der Aufnahme in ein Krankenhaus im Krankheitsfall,
- Unterstützung bei der Beschaffung und dem Versand von rezeptpflichtigen Medikamenten (soweit gesetzlich gestattet),
- Organisation von Dolmetschern und Übersetzungsdiensten,
- Zugriff auf weltweite medizinische Informationen in deutscher und englischer Sprache,
- Beratung und Unterstützung bei Verlust von wichtigen Dokumenten und Zahlungsmitteln.

Zusätzlich zu den oben aufgeführten Services übernimmt der BDAE die Kosten für durch ihn gedeckte Dienstleistungen, bei denen sich ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE Service Deutschland die Autorisierung direkt beim BDAE und dessen Risikoträger holt. Darunter fallen:

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

Diese Leistungen können BDAE-Versicherte und Mitglieder an 365 Tagen im Jahr 24 Stunden lang abrufen. Für gewöhnlich wird ein derartiges Angebot aus Kostengründen nur von großen Unternehmen in Anspruch genommen. Durch die strategische Partnerschaft des BDAE mit der ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE profitieren auch Privatkunden von dem Sicherheitspaket. Um einen reibungslosen Ablauf mit dem Assistance-Unternehmen zu garantieren, halten Sie bei der Kontaktaufnahme mit ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE stets Ihre BDAE-Versicherten- oder Mitgliedsnummer bereit.

ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE Service Deutschland

Ist eine Niederlassung der AGA Group mit Sitz in Paris. AGA Group ist der weltweit größte Anbieter von Assistance-Leistungen mit 32 eigenen Niederlassungen weltweit und einem Korrespondentennetz in 172 Ländern. Zudem kooperiert das Unternehmen mit mehr als 400.000 geprüften und vertraglich gebundenen Providern. Die Gruppe beschäftigt weltweit über 10.000 Mitarbeiter und hatte 2010 einen Jahresumsatz von 1.75 Milliarden Euro.

Die ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE Service Deutschland hat ihren Sitz in München und beschäftigt zusammen mit den Tochterunternehmen AGA Intl. Germany, AHS und AGA Service Nürnberg mehr als 850 Mitarbeiter. Die BDAE-Mitglieder und Kunden erhalten die Service-Leistungen in einer speziellen Abteilung - unter anderem stehen aktuell 14 Fachärzte zur Betreuung zur Verfügung.

PATIENTEN-RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG FÜR BDAE-VERSICHERTE



NEU: ERSTMALS WELTWEITER PATIENTEN-RECHTSSCHUTZ

Zusätzlich zu Ihrer Auslands-Krankenversicherung 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 – bei einer Selbstbeteiligung in Höhe von 500 Euro pro Schadenereignis – 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.

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.

KRANKENVERSICHERUNG FÜR PERSONEN MIT WOHNSITZ IM AUSLAND

ANTRAG EXPAT RETIRED

ANTRAGSTELLER(IN) / VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):										
Name:			Vorname(n):			Derz. Beruf:				
Anschrift:						BDAE Mitgl.-Nr., sofern vorhanden:				
						Fon:			Fax:	
ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERKEHR:										
Zahlweise*:			<input type="checkbox"/> jährlich		<input type="checkbox"/> halbjährlich (+2%)		<input type="checkbox"/> vierteljährlich (+3%)		<input type="checkbox"/> monatlich (+5%)	
Bank:			Kto.-Nr.:			BLZ:				
Kreditkarte (+6%)*:			<input type="checkbox"/> Master-/Eurocard		<input type="checkbox"/> Visa		<input type="checkbox"/> Diners		Gültig bis:	
									Karten-Nr.:	
Konto-/Kartentinhaber, falls nicht Antragsteller (bitte zusätzlich unten unterschreiben lassen):										
ANGABEN ZU WEITEREN KRANKENVERSICHERUNGEN:										
Besteht eine weitere Krankenversicherung*?			<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, bei:		Vers.-Nr.:			
FOLGENDE PERSONEN SOLLEN VERSICHERT WERDEN: (Bitte Antragsteller(in) mit berücksichtigen!)										
Name, Vorname(n)	Natio- nalität	Ge- schlecht*		Geburts- datum	Tarifauswahl*			Geplantes Aufent- haltsland	Monats- beitrag ges. (EUR)	Vers.-Beginn (Monat/Jahr)
		m	w		R-BASIS	R-PLUS	R-DENT			
(*bitte ankreuzen)										
<p>Hiermit beantrage(n) ich/wir Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherung der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen Teil I und Teil II: Tarif EXPAT RETIRED für die oben aufgeführten Personen durch Anmeldung als versicherte Personen beim Versicherer.</p> <p>Die versicherten Personen bzw. deren gesetzliche Vertreter bevollmächtigen den Versicherer, jederzeit alle zur Feststellung des Gesundheitszustandes (auch vorvertraglich) für erforderlich erachteten Auskünfte bei Dritten einzuholen und entbinden diese von ihrer Schweigepflicht.</p> <p>Die Gesamtprämie ist entsprechend der gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Die Einzugsermächtigung für o.a. Kontoverbindung oder Kreditkarte wird hiermit erteilt. 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 weiterhin bekannt, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.</p>										
Ort, Datum:			Unterschriften:							
			(Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen, ggf. anderer Konto-/ Kartentinhaber)							
Versicherer: Würzburger Versicherungs-AG Versicherungsnehmerin: BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH										

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.	ANGABEN ZUR ZAHLWEISE:
2.a	Die Überweisung der Prämie ist nur jährlich oder halbjährlich möglich.
2.b	Ein Lastschriftinzugsverfahren ist nur von einem deutschen Konto monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich möglich. Alternativ können Prämien auch per Kreditkarte im gleichen Zahlungsmodus wie beim Lastschriftinzugsverfahren beglichen werden.
3.	DER ANTRAG MUSS VON DEM ANTRAGSTELLER BZW. DER ANTRAGSTELLERIN UND ALLEN VOLLJÄHRIGEN ZU VERSICHERNDEN PERSONEN UNTERSCHRIEBEN WERDEN.
4.	WEICHT DER KONTOINHABER VON DER/DEM ANTRAGSTELLER/IN AB, SO IST DIE UNTERSCHRIFT DES KONTOINHABERS EBENFALLS ERFORDERLICH.
5.	BEI DEN TARIFEN EXPAT GERMANY, EXPAT RETIRED, EXPAT 36/60 UND EXPAT 36/60 US 1000 IST FOLGENDES ZU BEACHTEN:
5.a	EXPAT GERMANY:
	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.
5.b	EXPAT RETIRED:
	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.
5.c	EXPAT 36/60 UND EXPAT 36/60 US 1000:
	Bitte geben Sie den Beruf an, den Sie im Ausland ausüben werden.
6.	GESUNDHEITSZEUGNIS EXPAT GERMANY UND EXPAT RETIRED:
6.a	Die Gesundheitszeugnisse müssen gut lesbar in deutscher oder englischer Sprache erstellt werden.
6.b	Jede Frage muss beantwortet werden.
6.c	Fragen, die mit ja beantwortet werden bzw. Fragen, die auf einen krankhaften Befund hinweisen, müssen erläutert werden.
6.d	Die Erklärung vor dem Arzt muss vom Antragsteller und vom Arzt unterzeichnet werden.
6.e	Die letzte Seite des Zeugnisses muss ebenfalls vom Arzt unterzeichnet werden.
6.f	Bei Auswahl des R-Dent-Tarifs oder G-Dent-Tarifs muss ein Zahnstatus erstellt werden.
6.g	Vor- und Nachname müssen auf jeder Seite des Untersuchungsbefundes angegeben werden.
6.h	Bitte geben Sie immer Ihren Hausarzt mit dem vollständigen Namen und der genauen Adresse an.
6.i	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.
6.j	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!**

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

TARIF EXPAT RETIRED

ANTRAGSTELLER(IN) / VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

Name:	Vorname(n):
-------	-------------

Die nachstehenden Fragen bitte vollständig beantworten. Geben Sie bitte auch an, was als unwesentlich empfunden, bzw. nicht als Krankheit empfunden wurde, und zwar auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt oder nur Arzneimittel eingenommen wurden bzw. keine Arbeitsunfähigkeit deswegen bestand. Mit unrichtigen oder unvollständigen Antworten gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz!

ANGABEN ZU DEN ZU VERSICHERNDEN PERSONEN:	1. PERSON	2. PERSON
Die nachstehenden Fragen sind für jede im Antrag aufgeführte zu versichernde Person nach deren Angaben, bei Minderjährigen nach Angaben deren Erziehungsberechtigter auszufüllen. Bitte verwenden Sie bei mehr als zwei zu versichernden Personen weitere dieser Blätter.	Name: _____ Vorname(n): _____ Geburtsdatum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg	_____ _____ _____ _____ cm _____ kg

1. Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen? (Einschließlich Zähne!)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren täglich oder annähernd täglich Medikamente, Alkohol oder Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Ist eine Untersuchung, Kontrolle, Behandlung oder Operation notwendig, vorgesehen, angeraten, aber noch nicht durchgeführt? Bitte auch zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, kieferorthopädische oder Parodontosebehandlungen berücksichtigen!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante oder stationäre Untersuchungen / Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseure oder in Krankenhäusern statt? (Bitte auch Aufenthalte in Kurkliniken oder Sanatorien angeben.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Nur wenn der Tarifbaustein EXPAT RETIRED PLUS beantragt ist: Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)? Bitte geben Sie ggf. die Dioptrienzahl links und rechts an!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein links: _____ rechts: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein links: _____ rechts: _____

Erläuterungen zu mit "Ja" beantworteten Fragen (Angabe der Person(en) und der Ziffer(n) der Fragen / ggf. Beiblatt verwenden):

Versicherte Person	Zu Frage Nr.	genaue Krankheitsbezeichnung Art der Beschwerde	durchgeführte Behandlung(en) stationär / ambulant?	Zeitraum	Bestehen Folgen? Wenn ja, welche?

Welche(r) Arzt/Ärzte können zu o.a. Fragen Auskunft geben? Sofern alle Fragen mit "Nein" beantwortet wurden, nennen Sie bitte den behandelnden Arzt / Hausarzt mit Angabe von Name, Fachrichtung und genauer Adresse, der am besten Auskunft geben kann.

1. Person: _____

2. Person: _____

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

Stand: 01.03.2012

**ÄRZTLICHES ZEUGNIS ZUM ANTRAG AUF ABSCHLUSS DER KRANKENVERSICHERUNG EXPAT RETIRED
DIE KOSTEN DER UNTERSUCHUNG TRÄGT DER ANTRAGSTELLER! VORZULEGEN AB EINTRITTSALTER 60 JAHRE**

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

ANTRAGSTELLER(IN) / VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):				
Name:		Vorname(n):		Geburtsdatum:
Anschrift:				
1.	ERKLÄRUNG VOR DEM ARZT:	ANTWORT	FALLS JA: WELCHE, WO BEHANDELT (ARZT), BEFUNDE	WANN?
1.a	Bestehen zur Zeit Beschwerden, Erkrankungen oder Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.b	Besteht oder bestand eine chronische bzw. wiederkehrende Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.c	Sind Sie in den letzten drei Jahren durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseur...) untersucht, beraten oder behandelt worden oder waren Sie - auch zeitweise - arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.d	Sind Operationen und Behandlungen durchgeführt, vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.e	Fand in den letzten 5 Jahren eine stationäre Behandlung (auch Kurklinik, Sanatorium o. ä.) statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.f	Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte Laborwerte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.g	Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z. B. im Rahmen eines Aids-Tests?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.h	Fand oder findet eine Zytostatikabehandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.i	Werden oder wurden regelmäßig Medikamente, Alkohol oder Drogen genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.j	Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen)? Wenn ja: bitte Dioptrienzahl angeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.k	Welchen Arzt nehmen Sie üblicherweise in Anspruch? (Hausarzt)			
1.l	Wieviele nicht endgültig ersetzte Naturzähne (ohne Weisheitszähne) fehlen?			
1.m	Ist eine zahnärztliche Behandlung, insbesondere wegen Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Parodontose notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.n	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die obigen Fragen, die mir vom Arzt einzeln vorgelesen wurden, persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet habe.				
Ort/Datum:				
Unterschrift des Antragstellers:		Anamnese erhoben: (Stempel/Unterschrift des Arztes)		

UNTERSUCHUNGSBEFUND FÜR:

Name:

Vorname(n):

2. ALLGEMEIN:

		ANTWORT	BEFUND / ABWEICHUNG / ERLÄUTERUNG
2.a	Haben Sie die Person bereits untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.b	Größe: Gewicht:	cm kg	
2.c	Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.d	Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.e	Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.f	Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.g	Ist das Reflexverhalten normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.h	Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.i	Hat die Schilddrüse eine normale Form?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

3. HERZ, KREISLAUF:

3.a	Puls in Ruhe Puls nach 10 Kniebeugen Rückkehr zur Norm in		Minuten
3.b	Blutdruck in Ruhe Blutdruck nach 10 Kniebeugen	/ /	mm Hg mm Hg
3.c	Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.d	Besteht eine Arrhythmie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.e	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.f	Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.g	Besteht Dyspnoe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4. GEFÄßE:

4.a	Bestehen Ödeme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.b	Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? Wenn ja: Art? / Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.c	Bestehen Narben, Ulcera? Wenn ja: Art? / Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

5. ATMUNGSORGANE:

5.a	Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? Wenn ja: Seit wann? / Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.b	Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.c	Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.d	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

6. VERDAUUNGS- / BAUCHORGANE:

6.a	Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.b	Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.c	Ist die Leber vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.d	Ist die Milz vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.e	Besteht ein Bruchleiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.f	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

UNTERSUCHUNGSBEFUND FÜR:			
Name:		Vorname(n):	
7. HARN-/GESCHLECHTSORGANE:			
		ANTWORT	BEFUND / ABWEICHUNG / ERLÄUTERUNG
7.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7.b	Harnuntersuchung:	Eiweiß <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zucker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ubg. vermehrt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sediment:
	äußere Beschaffenheit: pathologische Bestandteile:		
7.1 BEI FRAUEN:			
7.1a	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7.1b	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	im ____ Monat
8. SONSTIGES:			
8.a	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8.b	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

FÜR DIE RISIKOBEURTEILUNG SIND TEILWEISE WEITERE GESICHTSPUNKTE ALS DAS ERGEBNIS DER UNTERSUCHUNG MABGEBEND. GEBEN SIE DESHALB BITTE KEINE MITTEILUNGEN ÜBER DAS VERSICHERUNGSWAGNIS!

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

ANGABEN ZUM ZAHNSTATUS NUR BEI ABSCHLUSS DES TARIFBAUSTEINS EXPAT-R-DENT ERFORDERLICH

ZAHNSTATUS

BEFUND DES GESAMTEN GEBISSES

BEFUND																BEFUND	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
BEFUND																	BEFUND

BEFUNDANGABEN / LEGENDE:			
f fehlende Zähne	e bereits ersetzte Zähne	K vorhandene Kronen	b vorhandene Brückenglieder

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

LEBEN, WO ANDERE URLAUB MACHEN - ABER WAS PASSIERT IM KRANKHEITSFALL?

DIE GRUPPE MACHT'S MÖGLICH

Eine besondere Krankenversicherung für Residenten im Ausland bietet Ihnen auch dann Schutz, wenn andere Versicherungen teilweise oder ganz ausfallen. Zu einem sehr günstigen Beitrag. Ohne feste zeitliche Begrenzung, denn wir wissen, dass Sie dauerhaft im Ausland leben. Und (fast) ohne örtliche Begrenzung, denn wir versichern Sie weltweit, mit Ausnahme der Länder USA/Kanada und Deutschland. Selbst im Heimatland (außer USA/Kanada) besteht bis zu drei Monaten im Versicherungsjahr Schutz. Es gilt deutsches Recht.

Die Grundlage bildet ein spezieller Gruppenvertrag, der kein individuell kalkuliertes Risiko absichert, sondern auf dem "Durchschnittsrisiko" der gesamten Gruppe kalkuliert ist. Und da häufig die Möglichkeit besteht, andere, zum Beispiel gesetzliche Krankenversicherungen zumindest teilweise in Anspruch zu nehmen, wird Ihr Beitrag zusätzlich begünstigt. Es ist also nicht übertrieben, von einer großen Versichertengemeinschaft mit gleichem Ziel, aber verschiedenen Randbedingungen zu sprechen. Möchten Sie sich gerne anschließen?

ERFAHRUNG MACHT SICHER

Der EXPAT RETIRED ist in seiner Art der älteste Tarif auf dem Markt und wird seit 1997 erfolgreich angeboten. Verantwortungsvolle Vermittlungspartner, sorgfältige Annahmeverfahren und intensive Aufklärung der Versicherten über ihren Versicherungsschutz haben sich bewährt. Auch unsere Versichertengemeinschaft musste sich dem rauen Wind demografischer Veränderungen und enorm steigender Kosten im Gesundheitswesen stellen. Jedoch sind wir überzeugter denn je, Ihnen weltweit, außer in Deutschland, den USA und in Kanada, ein hervorragendes Preis-/Leistungsverhältnis zu bieten.

VERSICHERUNGSSCHUTZ AUS DEM BAUKASTEN

Bedürfnisse sind unterschiedlich und auch die Größe des Geldbeutels setzt mitunter Grenzen. Wir tragen dem Rechnung und haben für Sie einen modularen Versicherungsschutz entwickelt. Den rechtlich verbindlichen, genauen Leistungsumfang der einzelnen Module und die Leistungsbedingungen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Eine kleine Zusammenfassung sollen Sie jedoch als Vorabinformation bereits hier erhalten:

DAS HAUPTMODUL EXPAT R-BASIS

Es wurde konzipiert, um unvorhersehbare, unkalkulierbare Risiken abzusichern. Ambulante und stationäre Behandlungskosten werden übernommen, einschließlich ärztlich verordneter Medikamente. Auch medizinisch notwendige, schmerzstillende Zahnbehandlungen und -füllungen sind versichert, allerdings nur in einfacher Ausführung. Und sollten Sie im Urlaub erkranken, übernehmen wir bei medizinischer Notwendigkeit bis zu den festgelegten Grenzen die Rücktransportkosten an Ihren Wohnort. Arzt und Krankenhaus können Sie natürlich als Privatpatient frei wählen, bei stationären Behandlungen in Ihrem Heimatland allerdings nur in der allgemeinen Pflegeklasse oder vergleichbar.

Für alle diese Leistungen gilt ein von Ihnen zu tragender Eigenanteil (Selbstbehalt) von 250,00 EURO pro Versicherungsjahr und je versicherter Person.

Der monatliche Grundbeitrag beträgt 132,00 EURO je versicherte Person.

DAS ZUSATZMODUL EXPAT R-PLUS

Es ergänzt den Versicherungsschutz: Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und bestimmte Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung werden hiermit abgedeckt. Der monatliche Grundbeitrag beträgt 55,00 EURO je versicherte Person. Bitte beachten Sie, dass dieses Zusatzmodul nur zeitgleich zum Hauptmodul versicherbar ist und dass nach Versicherungsbeginn eine spätere Hinzunahme dieses Zusatzmoduls oder eine vorzeitige Abwahl nicht möglich sind.

DAS ZUSATZMODUL EXPAT R-DENT

Es ergänzt sinnvoll die Absicherung Ihrer Zahnbehandlung: Sie können damit auch medizinisch notwendigen Zahnersatz bis zu 80% absichern. Beachten Sie bitte die Leistungsstaffel und die Wartezeit von acht Monaten. Der monatliche Grundbeitrag beträgt 38,00 EURO je versicherte Person. Bitte beachten Sie, dass dieses Zusatzmodul nur zeitgleich zum Hauptmodul versicherbar ist und dass nach Versicherungsbeginn eine spätere Hinzunahme dieses Zusatzmoduls oder eine vorzeitige Abwahl nicht möglich sind.

ALTERN IST MENSCHLICH...UND WAS DANN?

Dann möchten wir auch weiterhin für Sie da sein. Allerdings mussten wir in der Vergangenheit die Erfahrung machen, dass der aufwändige Behandlungsbedarf im Alter das Durchschnittsrisiko der Gruppe erheblich belastet. Wir haben uns daher entschlossen, das Höchstaufnahmealter auf 65 Jahre zu beschränken. Sie können selbstverständlich auch weiterhin versichert bleiben, wenn Sie dann älter werden. Um den erfahrungsgemäß stark steigenden Behandlungskosten gerecht zu werden, erhöhen sich jedoch die oben genannten Beiträge um 10% mit Beginn des Versicherungsjahres in dem Sie 50 Jahre alt werden und um 50% mit Beginn des Versicherungsjahres, in dem Sie 65 Jahre alt werden.

ACHTEN SIE DARAUFG!

Andere drucken's gerne klein, wir möchten Sie jedoch auf einige Besonderheiten besonders deutlich aufmerksam machen: Dies erspart mögliche Mißverständnisse und späteren Ärger.

WIE STEHT'S MIT "HEIMATURLAUB"?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf das Land, dessen Staatsangehörigkeit der Versicherungsberechtigte besitzt (ausgenommen USA/Kanada). Allerdings nur bis zu drei Monate pro Versicherungsjahr. Diese Höchstdauer zählt kumulativ, das heißt, bei mehreren Besuchen im Heimatland werden die jeweiligen Zeiten zusammengezählt. Und beachten Sie bitte: Mitunter kann eine Überschreitung der dreimonatigen Frist auch ungewollt, zum Beispiel durch Krankheit und damit verbundener Transportunfähigkeit stattfinden und somit zum Ende des Versicherungsschutzes für das laufende Versicherungsjahr in Deutschland führen. Stationäre Behandlungen sind im Heimatland nur in der allgemeinen Pflegeklasse versichert.

WOZU DIENEN DIE GESUNDHEITSFRAGEN?

Verwaltung bildet einen wesentlichen Kostenfaktor in der Versicherungsbranche und den wollen wir unbedingt gering halten. Wir erfassen daher Ihren derzeitigen Gesundheitszustand, um im Leistungsfall schnell regulieren zu können. Denn sofern eine Behandlung aufgrund bei Versicherungsbeginn bestehender Krankheiten oder Unfälle oder jeweils deren Folgen erforderlich ist oder sobald Sie zur Durchführung einer entsprechenden Behandlung ins Ausland gezogen sind, besteht für diese Behandlung kein Versicherungsschutz. Deswegen ist es auch wichtig, dass Sie uns die Namen Ihrer behandelnden Ärzte mitteilen, um gegebenenfalls von deren Seite Informationen einholen zu können. Bitte seien Sie mit der Beantwortung der Fragen sehr sorgfältig. Wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass Sie wichtige Informationen übersehen haben, kann dies auch rückwirkend zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Sofern Sie bei Versicherungsbeginn 60 Jahre oder älter sind, müssen wir Sie leider zusätzlich um ein ärztliches Gesundheitszeugnis bitten, welches nicht älter als 3 Monate sein darf und dessen Erstellung zu Ihren Lasten geht.

BLEIBT DER BEITRAG STABIL?

Es ist auch in unserem Interesse, die Beiträge stabil zu halten, denn es fördert die Akzeptanz dieser Krankenversicherung und führt damit zu einer großen, versicherungsmathematisch stabilen Gruppe. Leider haben die Kosten für medizinische Behandlung die Tendenz, überproportional anzusteigen. Es ist daher wahrscheinlich, dass Anpassungen im Beitrag oder in der Leistung (zum Beispiel in Form eines höheren Eigenanteils) vorgenommen werden müssen. Die Versicherungsbedingungen lassen eine solche Anpassungen zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres, also jeweils zum 1. April, zu. Sollte dies erforderlich sein, werden Sie spätestens zwei Monate vor Ende des Versicherungsjahres informiert, so dass Sie in Ruhe entscheiden können, ob Sie die Versicherung fortführen möchten.

AB WANN BESTEHT VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, A, § 4 und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes. Bitte beachten Sie, dass etwaige Kosten für die Zahlung (Überweisungs- oder Scheckeinreichungsgebühren) zu Ihren Lasten gehen. Denken Sie bitte auch an die Folgezahlungen, für die Sie unaufgefordert Sorge tragen müssen, damit Ihr Versicherungsschutz nicht erlischt. Wenn möglich, nutzen Sie die Möglichkeit zum Lastschriftinzug.

REICHT DER EXPAT RETIRED?

Der EXPAT RETIRED bietet Ihnen einen hochwertigen Versicherungsschutz. Es gibt jedoch keine Übernahmegarantie in andere Krankenversicherungen und es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Vor allem für ältere Menschen könnte dies dazu führen, dass ein späterer Wechsel unmöglich wird oder nicht bezahlbar ist.

Mit anderen Worten: Es spricht Vieles dafür, dass Sie mit dem EXPAT RETIRED einen lebenslangen Versicherungsschutz haben werden, wenn Sie es wollen. Aber Sie sollten sich nicht vollständig darauf verlassen.

Wir raten daher dringend, etwaige gesetzliche Krankenversicherungen nicht aufzugeben oder sich im Rahmen einer Anwartschaft (= ruhende, jederzeit aktivierbare Versicherung) für Ihr Heimatland abzusichern. Wir sind Ihnen dabei gerne behilflich.

ALLES KLAR, WAS IST ZU TUN?

Schön, dass wir Ihnen helfen dürfen! Füllen Sie bitte den Antrag vollständig aus. Nach Eingang bei der Versicherungsnehmerin wird diese Ihnen eine Meldebestätigung zum Gruppenvertrag und gleichzeitig ein Formular für die Leistungserstattung zusenden.

UND SO WIRD GEZAHLT:

Die genannten monatlichen Beiträge sind - gemäß den Versicherungsbedingungen - bezogen auf eine Jahresprämie. In der Praxis erfolgt die Berechnung dieser Jahresprämie immer bis zum Ende des Versicherungsjahres, also bis zum 31. März.

Ein Beispiel:

Sie sind zum 1. Juli eines Jahres dem EXPAT RETIRED erstmalig beigetreten. Die erste fällige Zahlung erfolgt bis zum 31. März des Folgejahres, umfasst demnach 9 Monatsbeiträge. Zum 1. April des Folgejahres wird dann die nächste Jahresprämie fällig, die dann ganz regulär 12 Monatsbeiträge umfasst und von Jahr zu Jahr erneut fällig wird.

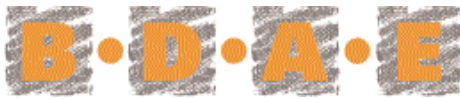
Einige Versicherte können oder wollen nicht die vertragliche Jahresprämie in einer Summe zahlen. Wir haben deshalb die Möglichkeit geschaffen, die Prämie in mehreren Raten zu zahlen. Damit sind allerdings höhere Verwaltungskosten verbunden und daher entsprechende Ratenzahlungszuschläge fällig:

- Bei halbjähriger Zahlweise (Zahltermine für jeweils 6 Monatsbeiträge am 1. April und am 1. Oktober) wird ein Zuschlag von 2% erhoben.
- Bei vierteljährlicher Zahlweise (Zahltermine für jeweils 3 Monatsbeiträge am 1. April, am 1. Juli, am 1. Oktober und am 1. Januar) wird ein Zuschlag von 3% erhoben.
- Bei monatlicher Zahlweise wird ein Zuschlag von 5% erhoben.

Wenn Sie ein Konto in Deutschland haben, zieht die Versicherungsnehmerin den Beitrag per Lastschrift ein. Die Einzugs-ermächtigung füllen Sie mit dem Antrag aus. Sofern Ihre Bank diesen Lastschrifteinzug vornimmt und nicht widersprochen wird, ist die Sache für Sie erledigt. Ansonsten können Sie mit Kreditkarte gegen einen Verwaltungskostenzuschlag von 6% zahlen oder Sie überweisen den Betrag auf das Konto, welches Ihnen in der Meldebestätigung zum Gruppenvertrag genannt wird. Die Kosten für die Zahlung aus dem Ausland müssen leider Sie tragen.

SIE WOLLEN SICH TRENNEN?

Grundsätzlich können Sie mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Sollten Sie Ihren Wohnsitz im Ausland aufgeben und während des laufenden Versicherungsjahres endgültig in Ihr Heimatland zurückkehren, können Sie auch zum Ende des der Rückkehr folgenden Monats kündigen. Überzahlte Monatsbeiträge werden Ihnen dann rückerstattet.



B D A E G R U P P E

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

TEIL A - ALLGEMEINER TEIL GÜLTIG FÜR ALLE IM TEIL B GENANNTE 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 dauerhaft 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, VERSICHERUNGSAHRE

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:

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Schäden durch Kern-

• BDAE DIENSTLEISTUNGSGESELLSCHAFT MBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-30 68 74-0 • FAX +49-40-30 68 74-90
info@bdae.de • www.bdae.com

BANK: DEUTSCHE BANK PRIVAT- UND GESCHÄFTSKUNDEN AG • BLZ: 200 700 24 • KONTO: 390 024 800 • IBAN: DE47200700240390024800 • BIC: DEUTDE33HAN
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 121738 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: ANDREAS OPITZ

energie, 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. Stützähne, 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 OBLIEGENHEITVERLETZUNGEN

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 Versicherungsrechte oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte oder die versicherte Person.
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.
 - b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
 - c) Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen.
 - d) Zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen vereinbart werden.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsrechte oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.
6. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch den Versicherer infolge eines Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gehindert sind.
7. Ansprüche aus diesem Gruppenversicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 9 ENTSCHÄDIGUNG AUS ANDEREN VERSICHERUNGSVERTRÄGEN UND ANSPRÜCHE GEGEN DRITTE

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall über diesen Gruppenversicherungsvertrag zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in

Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.

2. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte oder die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

§ 10 AUFRECHNUNG

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

§ 12 ANZUWENDENDEN RECHT / VERTRAGSSPRACHE

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

§ 13 ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtig.

§ 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

JEWEIFIGER 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 Umfang 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.

- 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.

§ 3 BESONDERE OBLIEGENHEITEN NACH EINTRITT DES VERSICHERUNGSFALLES

- Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.
- Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.
- 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, ist der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- Schwangerschaften sind, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, innerhalb von 4 Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzuzeigen.
- Medizinisch notwendige Rücktransporte sind vor deren Durchführung dem Versicherer anzuzeigen.
- 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:

- Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaustausch als Folge von Krankheiten oder Unfällen im In- und Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall bei Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld.
- 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.
- 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.
- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Arbeitsunfähigkeit im vereinbarten Aufenthaltsland.

§ 2 UMFANG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- 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.
- 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,
 - 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.
 - 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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 Umfang auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

§ 3 BESONDERE AUSCHLÜSSE

Soweit nicht anders vereinbart besteht keine Leistung:

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

§ 4 ZUSÄTZLICHE BESTIMMUNGEN ZUM ENDE DER VERSICHERUNG

- 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.
- 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

- 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.
- 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.
- Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses zwischen der Versicherungsberechtigten und der versicherten Person ist dem Versicherer von der Versicherungsberechtigten und der versicherten Person unverzüglich anzuzeigen.
- Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
- 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 Entgeltes durch den Arbeitgeber mitzuteilen.