

**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR BEFRISTETE KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNGEN DER EXPAT-REIHE FÜR LANGZEITREISEN (VB TEIL II)****EXPAT CASH**

1.	VERSICHERER:	Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstr. 11, D-97070 Würzburg
2.	VERSICHERUNGSNEHMERIN:	BDAE EXPAT GmbH
3.	VERSICHERUNGSBERECHTIGTE:	Körperschaften und Wirtschaftsunternehmen, deren Mitglieder und Mitarbeiter international tätig sind.
4.	VERSICHERBARE PERSONEN:	Arbeitnehmer des Versicherungsberechtigten bis zu einem Alter von 65 Jahren, sofern Versicherungsfähigkeit gem. der VB Teil I, A, § 1 gegeben ist. Ein Vertrag, der das bestehende Arbeitsverhältnis mit dem Versicherungsberechtigten oder deren Repräsentanten, Niederlassungen, Tochtergesellschaften, Beteiligungen oder Kooperationspartnern nachweist, ist auf Verlangen nachzureichen.
5.	VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN:	Versicherungsbedingungen für befristete Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen VB Teil I und Teil II (EXPAT CASH)
6.	GELTUNGSBEREICH:	Weltweit. Für die Bundesrepublik Deutschland gilt: Personen ausländischer Staatsangehörigkeit sind nur versicherbar, wenn sie sich vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Personen deutscher Staatsangehörigkeit sind nur versicherbar für die Dauer ihres im Ausland ausgeübten Beschäftigungsverhältnisses. Vorübergehender Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland während des Urlaubs oder wegen eines nachzuweisenden beruflich bedingten Aufenthaltes ist in dieser Zeit mitversichert. Nicht versichert, trotz Beitragszahlung, ist die Wohnsitz- und/oder Arbeitsaufnahme von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit in der Bundesrepublik Deutschland.
7.	BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES:	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, A, § 4.
8.	VERSICHERUNGSAHRE:	Jeweils vom 01.07. eines jeden Jahres bis zum 30.06. des darauffolgenden Jahres.
9.	DAUER DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSSES:	Die Versicherungsvereinbarung zwischen Versicherungsberechtigtem und Versicherungsnehmerin wird ab der Aufnahme der versicherten Person in den Gruppenversicherungsvertrag zunächst bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Vereinbarung verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, sofern diese nicht vom Versicherungsberechtigten mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt wird. Das Versicherungsverhältnis endet in jedem Fall mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.
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 innerhalb der Versicherungsvereinbarung kann für einzelne versicherte Personen mit einer Frist von zwei Monaten 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.	PRÄMIENZAHUNG:	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:	Keine. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen.
12.a	ZUSÄTZLICHE BESTIMMUNGEN ZU LEISTUNGS-AUSSCHLÜSSEN:	Bei Arbeitnehmern des Versicherungsberechtigten, die im Rahmen des Personaleinsatzes auf Veranlassung des Versicherungsberechtigten ihr Aufenthaltsland bzw. Heimatland verlassen, ist der Leistungsausschluss gemäß VB Teil I, A, § 4, Abs. 2 und § 5, Abs. 1 und § 6, Abs. 2a abweichend beschränkt auf folgende, bei Versicherungsbeginn bestehende Erkrankungen und Versicherungsfälle: <ol style="list-style-type: none"> a) HIV-Infektionen/AIDS und deren Folgen; b) Krebserkrankungen oder gutartige Tumore, die innerhalb der letzten fünf Jahre vor oder bei Versicherungsbeginn behandlungsbedürftig waren; c) Herz- und Koronarerkrankungen und deren Folgen, welche innerhalb der letzten 12 Monate vor oder bei Versicherungsbeginn behandelt wurden.

Stand: 09.10.2019

13.	LEISTUNGEN:	EXPAT CASH	
		Zahlung eines Krankentagegeldes bei ärztlich festgestellter 100%-iger Arbeitsunfähigkeit. Versicherbar ist das durch den Versicherungsberechtigten nachgewiesene Einkommen der versicherten Person, jedoch max. 150 EUR täglich.	
13.a	LEISTUNGSDAUER:	Die Leistung wird bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit gezahlt, höchstens jedoch für die Dauer von 546 Tagen (78 Wochen) einschließlich gewählter Karenzzeit.	
14.	KARENZZEIT:	Ab dem Zeitpunkt ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit beginnt die Leistungspflicht des Versicherers erst nach Ablauf der gemäß gewähltem Tarif vereinbarten Anzahl leistungsfreier Tage.	
15.	MONATSPRÄMIE:	Monatliche Beiträge für je 5,00 EUR versichertes Krankentagegeld	Leistungsfreie Tage (Karenzzeit)
	EXPAT CASH 14	7,60 EUR	14
	EXPAT CASH 42	0,90 EUR	42
	EXPAT CASH 91	0,55 EUR	91
	EXPAT CASH 183	0,25 EUR	183
16.	SONSTIGES:	Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt. Bestehen für die versicherte Person mehrere Krankentagegeldversicherungen bei einem Versicherer, so wird die Gesamtleistung aus allen Verträgen auf maximal 150 EUR täglich begrenzt.	

Stand: 09.10.2019

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR BEFRISTETE KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG EXPAT CASH FÜR LANGZEITREISEN (VB TEIL I - WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG)

TEIL A - ALLGEMEINER TEIL

§ 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 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, Versicherungs-

schutz 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-

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 Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall behandlungsbedürftig arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.
- d) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- e) Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose, Psychoanalyse und Psychotherapie;
- f) Immunisierungsmaßnahmen;
- g) Hilfsmittel;
- h) Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen sowie dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen;
- i) Vorsorgeuntersuchungen;
- j) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder, in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen oder Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden 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. Stützabfüllungen, 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 OBLIEGENHEITSVIERTLETZUNGEN

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 Gruppenversicherungsvertrag zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.

§ 2 UMFANG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- 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.
- 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 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 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

§ 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag 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.

- 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 Krankentagegeldanspruches 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 Rekonvalenzen aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzung von VB Teil I, B, § 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, § 3, Abs. 2, Leistungen erbracht.
- Bei Arbeitsunfähigkeit während gesetzlicher Beschäftigungsverbote für in einem Arbeitsverhältnis befindliche werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutter-schutz).

§ 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.

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 Versicherungsbeneficiäre 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 Versicherungsbeneficiären und der versicherten Person ist dem Versicherer von der Versicherungsbeneficiären 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.



WIDERRUFSRECHT

1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Versicherungsbestätigung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

BDAE Expat GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Fax: +49-40-30 68 74-90, E-Mail: info@bdae.com.

2. Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und es werden die von Ihnen im Rahmen des Vertragsverhältnisses gezahlten Beträge vollständig erstattet. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

3. Besondere Hinweise

Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung



VERSICHERUNGSVEREINBARUNG

EXPAT CASH

ZWISCHEN VERSICHERUNGSBERECHTIGTEM:

Firma:		
Anschrift:		
Ansprechpartner:		Funktion:
Fon:	Fax:	e-mail:

UND VERSICHERUNGSNEHMERIN:**BDAE EXPAT GMBH**

- Die Versicherungsnehmerin bietet Mitarbeitern des Versicherungsberechtigten durch Anmeldung beim Versicherer Einschluss in den Versicherungsschutz des Tarifs EXPAT CASH. Grundlage bilden die Versicherungsbedingungen für befristete Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen, Teil I und Teil II (Tarif EXPAT CASH). Der Versicherungsberechtigte bestätigt den Erhalt vorgenannter Vereinbarungsgrundlagen und verpflichtet sich, diese den versicherten Personen ebenfalls zur Kenntnis zu bringen.
- Die Anmeldung der versicherten Personen durch den Versicherungsberechtigten erfolgt im Listenverfahren gemäß Tarif. Die Meldeliste wird erstmalig mit Beginn der Versicherungsvereinbarung erstellt, danach jährlich bis 14 Tage vor Beginn des neuen Versicherungsjahres. Unterjährige Änderungen (Zu- und Abmeldungen) sind monatlich der Versicherungsnehmerin zu melden. Der Versicherungsberechtigte verpflichtet sich, die versicherte Person über die Abmeldung in Kenntnis zu setzen und dies der Versicherungsnehmerin bei Bedarf nachzuweisen. Der Versicherungsberechtigte ist verpflichtet, die Versicherungsnehmerin über Änderungen des Arbeitsverhältnisses der versicherten Person, sofern sie die Versicherbarkeit oder den versicherten Leistungsumfang betreffen, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Für unberechtigt empfangene Leistungen, die durch Verletzung der Anzeigepflicht des Versicherungsberechtigten erbracht wurden, haftet der Versicherungsberechtigte gegenüber der Versicherungsnehmerin.
- Die Prämienzahlung erfolgt bei Erstanmeldung versicherter Personen im Voraus bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, danach jährlich im Voraus auf ein von der Versicherungsnehmerin zu benennendes Konto innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung. Prämienforderungen bzw. -verbindlichkeiten aufgrund unterjähriger Änderungen sind innerhalb von 14 Tagen nach Erstellung einer entsprechenden Zwischenabrechnung in Form von Rückerstattungen an den Versicherungsberechtigten, bzw. von Nacherstattungen an die Versicherungsnehmerin auszugleichen. Unterjährige Zahlweisen können unter Berücksichtigung von Ratenzahlungszuschlägen (monatlich + 5%, vierteljährlich + 3%, halbjährlich + 2%) durch die Versicherungsnehmerin vereinbart werden. Prämienschuldner ist der Versicherungsberechtigte gegenüber der Versicherungsnehmerin und die Versicherungsnehmerin gegenüber dem Versicherer. Die Versicherungsnehmerin entrichtet die Versicherungsprämien an den Versicherer.
- Dem Versicherungsberechtigten ist bekannt, dass im Falle einer durch den Versicherungsberechtigten zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung der jeweils fälligen Prämie und Nebenkosten die Versicherungsnehmerin die benannten versicherten Personen nicht bei dem Versicherer anmelden wird, beziehungsweise im Falle fehlender Folgezahlungen die versicherten Personen wieder abmelden wird. Dem Versicherungsberechtigten ist weiterhin bekannt, dass in diesem Fall der Versicherungsschutz gefährdet ist.
- Die Versicherungsvereinbarung tritt in Kraft am:
- Sonstige Vereinbarungen:

UNTERSCHRIFTEN UND STEMPEL:

Ort, Datum:	Versicherungsberechtigter:	(Unterschrift, Firmenstempel)
Hamburg, Datum:	Versicherungsnehmerin: BDAE EXPAT GmbH	(Unterschrift, Firmenstempel)

Stand: 09.10.2019

MELDELISTE EXPAT CASH

VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

FOLGENDE BERECHTIGTE MITARBEITER SOLLEN GEMÄSS VERSICHERUNGSVEREINBARUNG VERSICHERT WERDEN:

ALLGEMEINE ANGABEN												VERSICHERTER LEISTUNGSUMFANG*						
Ifd. Nr.	Name, Vorname(n)	Nationalität	Geschlecht*		Geburtsdatum	Geplantes Aufenthaltsland	Versicher.-beginn Mon./Jahr	Besteht eine weitere Krankentagegeldversicherung?				EXPAT CASH	Leistungsfreie Tage				Höhe Tagegeld (EUR) max. 150 EUR pro Tag	Mitarb. ist entsandt**
			m	w				nein	ja	Versicherer	Vers.-Nr.		14	42	91	183		

(*bitte ankreuzen)
 (**Im Rahmen des Personaleinsatzes des Mitarbeiters im Ausland wechselt der Mitarbeiter auf Wunsch des Arbeitgebers das Land/den Kulturkreis.)

Ort, Datum: _____ Unterschrift/Stempel: _____

AN-/ABMELDUNGEN EXPAT CASH

VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

FOLGENDE BERECHTIGTE MITARBEITER SOLLEN GEMÄSS VERSICHERUNGSVEREINBARUNG VERSICHERT WERDEN:

ALLGEMEINE ANGABEN												VERSICHERTER LEISTUNGSUMFANG*						
Ifd. Nr.	Name, Vorname(n)	Nationalität	Geschlecht*		Geburtsdatum	Geplantes Aufenthaltsland	Versicher.-beginn Mon./Jahr	Besteht eine weitere Krankentagegeldversicherung?		Versicherer	Vers.-Nr.	EXPAT CASH	Leistungsfreie Tage				Höhe Tagegeld (EUR) max. 150 EUR pro Tag	Mitarb. ist entsandt**
			m	w				nein	ja				14	42	91	183		

ABMELDUNG VERSICHERTE PERSONEN:

Ifd. Nr.	Name, Vorname(n)	Vers.-Nr.	letzter zu versichernder Monat Mon./Jahr

ABMELDUNG VERSICHERTE PERSONEN:

Ifd. Nr.	Name, Vorname(n)	Vers.-Nr.	letzter zu versichernder Monat Mon./Jahr

Ort, Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____

(*bitte ankreuzen) (**Im Rahmen des Personaleinsatzes des Mitarbeiters im Ausland wechselt der Mitarbeiter auf Wunsch des Arbeitgebers das Land/den Kulturkreis.)

RECHTSBELEHRUNG

nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG durch Würzburger Versicherungs-AG (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 Gefahrsicherung 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

Unterschrift/Stempel (Versicherungsberechtigter)

EINWILLIGUNG

in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber der Würzburger Versicherungs-AG (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 Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Würzburger Versicherungs-AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an anderen Stellen, z. B. Assistance, Rückversicherung weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichterklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Würzburger Versicherungs-AG 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 sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Würzburger Versicherungs-AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Diese Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Würzburger Versicherungs-AG

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsfragen bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten 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. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Würzburger Versicherungs-AG die 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. Die Würzburger Versicherungs-AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Würzburger Versicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Würzburger Versicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Würzburger Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die Würzburger Versicherungs-AG in jedem Einzelfall 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 Würzburger Versicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Würzburger Versicherungs-AG 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 fünf Jahren nach Vertragsabschluss.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Würzburger Versicherungs-AG 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.

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Würzburger Versicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

- Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG

Die Würzburger Versicherungs-AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken sowie zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Würzburger Versicherungs-AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Würzburger Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Würzburger Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Würzburger Versicherungs-AG führt 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, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die BDAE Expat GmbH, als Versicherungsnehmerin, führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die BDAE Expat GmbH und die Würzburger Versicherungs-AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste kann im Internet unter www.bdae.com/images/forms/docs/de/Dienstleisterliste.pdf eingesehen oder bei dem Datenschutzbeauftragten der BDAE Gruppe, HUBIT e.K., Postfach 610120, 28261 Bremen, email: datenschutz@bdae.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir und die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG 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 die Würzburger Versicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Würzburger Versicherungs-AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Würzburger Versicherungs-AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Würzburger Versicherungs-AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Würzburger Versicherungs-AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoider Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Würzburger Versicherungs-AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Würzburger Versicherungs-AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Würzburger Versicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die Würzburger Versicherungs-AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Würzburger Versicherungs-AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Würzburger Versicherungs-AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Würzburger Versicherungs-AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG 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.

Ort, Datum

Unterschriften (zu versichernde(r) Mitarbeiter(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen)