EXPAT INFINITY

- Lebenslange Versicherbarkeit
- Anwartschaft möglich
- Vorerkrankungen versicherbar
- 3 Leistungsvarianten zur Auswahl
- Selbstbehalt möglich
- Altersgerechte Beiträge
- Länderzonen für faire Beiträge

BDAE

Mit Sicherheit ins Ausland!

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an den Versicherungsprodukten des BDAE, dem Experten für Auslandsversicherungen und Auslandsentsendungen.

In diesem Dokument erfahren Sie alles über die Leistungen und Eigenschaften dieses Produktes. Sollten dennoch Fragen offen bleiben, wenden Sie sich gerne an unsere Kundenberater:

Makler & Vertriebspartner

makler@bdae.com

+49 40-30 68 74-43

Privatkunden-Beratung

privatkunden@bdae.com

+49 40-30 68 74-23

+49-40-30 68 74-0 **info@bdae.com** **www.bdae.com**

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsbedingungen **A**

- Produktspezifische Versicherungsbedingungen A.1
- Allgemeine Versicherungsbedingungen A.2
- Widerrufsrecht A.3

Ergänzende Leistungen **B**

- Patienten-Rechtsschutzversicherung B.1
- Medizinische Assistance B.2

Antragsunterlagen **C**

- Checkliste C.1
- Antrag C.2
- SEPA-Lastschriftmandat C.2.1
- Rechtsbelehrung C.3
- Einwilligung zur Erhebung der Gesundheitsdaten C.4
- Ärztliches Zeugnis C.5
- Anlage zum Ärztlichen Zeugnis C.5.1
- Angaben zum Gesundheitszustand C.6
- Anlage zu den Angaben zum Gesundheitszustand C.6.1

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für Auslandskrankenversicherungen (VB Teil II – Würzburger Versicherungs-AG)

Leistungsbeschreibung

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
	Jahreshöchstbetrag	1.000.000 Euro	unbegrenzt	unbegrenzt
A1	**Ambulante Heilbehandlung**	Keine Leistung	**100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand, höchstens jedoch bis 15.000 Euro pro Versicherungsjahr.	**100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand.
A2	**Stationäre Heilbehandlung**	a) **100%** für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, § 5, Abs. 8). b) **100%** für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.	a) **100%** für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, § 5, Abs. 8). b) **100%** für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.	a) **100%** für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Einbetteinzelzimmer in der einfachsten Form, soweit möglich. b) **100%** für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) Als Ersatz bzw. zur Abkürzung eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes werden nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten die Kosten für eine häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung pro Versicherungsjahr bis zu 90 Tage, höchstens jedoch bis 100 Euro pro Tag, übernommen. Die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung muss zusätzlich zur ärztlichen Heilbehandlung erfolgen und darf nur von einer zur Pflegekraft ausgebildeten Person übernommen werden. Die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung darf nicht für eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden. d) **100%** der Kosten für die Unterbringung eines Elternteils als Begleitperson bei der stationären Behandlung versicherter minderjähriger Kinder. e) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
A3	**Arznei-, Verband- und Heilmittel**	Im Rahmen von stationären Heilbehandlungen (Punkt A2).	**100%**, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.	**100%**, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.
A4	**Zahnmedizinische Heilbehandlung**	Keine Leistung	a) **100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert. b) Pro Jahr Vertragslaufzeit ist zu **100%** des Rechnungsbetrages eine einmalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert. c) Vorsorgebehandlungen (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung) sind nicht erstattungsfähig.	a) **100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind ausschließlich als Zahnersatzbehandlung versichert. b) Pro Jahr Vertragslaufzeit ist zu **100%** des Rechnungsbetrages eine zweimalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert. c) **100%** des Rechnungsbetrages für Vorsorgebehandlungen (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung), höchstens jedoch bis 150 Euro pro Jahr Vertragslaufzeit.

Fortsetzung auf nächster Seite

Stand: 01.09.2019

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A5	**Zahnersatz/Kieferorthopädische Maßnahmen**	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten eingetreten sind für • **90%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendigen Zahnersatz und • bis zu einem Alter von 18 Jahren für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen, • höchstens jedoch bis insgesamt 3.000 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, • bis insgesamt 5.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, • ab dem vierten Versicherungsjahr höchstens bis 4.000 Euro pro Versicherungsjahr. Für in der Vertragslaufzeit unfallbedingt erforderlichen Zahnersatz besteht Versicherungsschutz ohne Wartezeit innerhalb der Höchstgrenzen. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
A6	**Vorsorgeuntersuchungen**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für a) ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder, inklusive aller damit verbundenen Impfungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen. b) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für a) ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder, inklusive aller damit verbundenen Impfungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen. Reiseschutzimpfungen für Kinder sind bis zu 250 Euro pro Versicherungsjahr, inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen, versichert. b) Impfungen, inklusive Reiseschutzimpfungen ab dem 18. Lebensjahr, bis zu 600 Euro pro Versicherungsjahr, inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen. c) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen. d) folgende Vorsorgeuntersuchungen: Allgemeine Gesundheitsuntersuchung, EKG, Belastungs-EKG, Cholesterin- und Blutzuckerbestimmung, Harnuntersuchung, höchstens jedoch bis 300 Euro pro Versicherungsjahr und versicherter Person und sofern zusammen mit der Rechnung die Untersuchungsergebnisse eingereicht werden.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.09.2019

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A7	**Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung**	Keine Leistung	Keine Leistung	Versicherungsschutz besteht für a) ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen und Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat sowie Behandlungen wegen Fehlgeburt; b) durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand; c) Entbindungen nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten; d) Unterbringung bei stationären Entbindungen im Familienzimmer, in der jeweils einfachsten Form. **100%** der Kosten für die Unterbringung des Ehe-/Lebenspartners, sofern dieser im selbigen Vertrag versichert ist, höchstens jedoch bis 200 Euro pro Tag.
A8	**Unfruchtbarkeitsbehandlungen**	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2h besteht nach vorheriger Prüfung und schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten sowie nach einer Wartezeit von 24 Monaten pro versichertem Paar Versicherungsschutz für Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen bis zu **60%** der gesamten Behandlungskosten, höchstens jedoch bis 6.000 Euro, gerechnet über die gesamte Lebensdauer. Als Paar gelten Ehe- und Lebenspartner, die nachweislich in einer häuslichen Gemeinschaft leben. Für die Übernahme der Kosten sind folgende Vorraussetzungen zu erfüllen: • Die angewandten Behandlungen müssen im Rahmen der in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorgaben (u. a. Embryonenschutzgesetz (EschG) und Präimplantationsdiagnostikgesetz (PräimpG)) erfolgen; • Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns müssen Frauen unter 40 Jahre alt sein sowie Männer unter 50 Jahre; • Die Unfruchtbarkeit muss aufgrund eines natürlichen, organisch bedingten Umstandes bestehen und kann nur durch Maßnahmen der assistierten Reproduktion überwunden werden; • Sowohl die Frau als auch der Mann müssen in selbigem Vertrag seit mindestens 24 Monaten versichert sein.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand:01.09.2019

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A9	**Hilfsmittel**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für Hilfsmittel und deren Reparaturkosten jeweils bis zu **80%** des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis insgesamt 1.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für Hilfsmittel und deren Reparaturkosten jeweils bis zu **80%** des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis insgesamt 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
A10	**Sehhilfen inkl. Sehtest**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht Versicherungsschutz für Sehhilfen bis zu 50 Euro pro versicherter Person und Versicherungsjahr. Sehtests sind zu **100%** versichert.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht Versicherungsschutz für Sehhilfen nach einer Wartezeit von 12 Monaten. Nach dieser Wartezeit werden alle drei Versicherungsjahre jeweils bis zu 600 Euro pro versicherter Person geleistet. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Sehtests sind zu **100%** versichert.
A11	**Augenlasern**	Keine Leistung	Keine Leistung	Nach vorheriger Prüfung und schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten sowie nach einer Wartezeit von 12 Monaten besteht Versicherungsschutz für Augenlaserbehandlungen sowie alle in diesem Zusammenhang notwendigen Untersuchungen und Behandlungen vor und nach der Laserbehandlung, bis insgesamt 2.500 Euro je Auge und pro Vertragslaufzeit.
A12	**Psychotherapie**	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2e besteht Versicherungsschutz für a) ambulante psychotherapeutische Behandlungen, jeweils bis zu **80%** des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf folgende Versicherungsjahre übertragen werden. b) stationäre psychotherapeutische Behandlungen bis zu 30 Tage pro Vertragslaufzeit. Die Leistungsausschlüsse gemäß VB Teil I, § 6, Abs. 2l und n bleiben hiervon unberührt. Abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 6 sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker nicht erstattungsfähig.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.09.2019

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A13	**Krankentransport/Rücktransport/Überführung**	a) **100%** für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.	a) **100%** für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.	a) **100%** für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet, abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 12, für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Ein medizinisch sinnvoller Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist oder am ständigen Wohnsitz der versicherten Person die Aussicht auf den Behandlungserfolg eine höhere ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über den Rücktransport ist auf Verlangen vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.
A14	**Nachhaftung**	Keine Leistung	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.
A15	**Angeborene Leiden**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6 Abs. 2r und unter Beachtung von C12 besteht Versicherungsschutz für Behandlungen aufgrund angeborener Leiden.	Abweichend von VB Teil I, § 6 Abs. 2r und unter Beachtung von C12 besteht Versicherungsschutz für Behandlungen aufgrund angeborener Leiden.
A16	**Sonstige Leistungen**	Keine Leistung	Die unter A1, A9 und A10 genannten Höchstbeträge verdoppeln sich, sofern Versicherungsschutz für die Zone 4 beantragt wurde, unabhängig davon, wo die Behandlung tatsächlich stattgefunden hat.	Die unter A2, A5, A6, A8, A9, A10, A11 und A12 genannten Höchstbeträge verdoppeln sich, sofern Versicherungsschutz für die Zone 4 beantragt wurde, unabhängig davon, wo die Behandlung tatsächlich stattgefunden hat.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.09.2019

Vertragliche Grundlagen

C1	**Versicherer**	Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, D-97070 Würzburg
C2	**Versicherungsnehmerin**	BDAE Expat GmbH
C3	**Versicherungsberechtigte**	Natürliche Personen
C4	**Versicherbare Personen**	Natürliche Personen, die ihren ständigen Aufenthaltsort außerhalb des Heimatlandes haben sowie deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß der VB Teil I, § 1 gegeben ist. Das Heimatland ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in welchem sie für gewöhnlich ihren Lebensmittelpunkt vor dem Auslandsaufenthalt hat. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner/Lebensgefährten und Kinder. Familienangehörige, die die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes besitzen, können mitversichert werden. Das Höchstaufnahmealter beträgt 75 Jahre.
C5	**Vertragliche Grundlagen**	Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil I und Teil II der Würzburger Versicherungs-AG (EXPAT INFINITY).
C6	**Geltungsbereich**	Versicherungsschutz besteht im jeweils vereinbarten Aufenthaltsland. Hierzu muss pro versicherter Person eine Länderzone (Zone 1, 2, 3 oder 4) gewählt werden, welche abhängig vom geplanten Aufenthaltsland ist sowie von den Ländern, in denen die versicherte Person Leistungen in vollem Umfang in Anspruch nehmen möchte (=Behandlungsland). Der Versicherungsschutz besteht somit im vollen Umfang für all die Länder, die der gewählten Zone zugeordnet sind sowie in allen Ländern, die sich in einer der darunterliegenden Zonen befinden. Die Prüfung, ob die Versicherung den gesetzlichen oder lokalen Bestimmungen des Aufenthaltes- oder Wohnsitzlandes genügt, obliegt dem Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person. Nicht versicherbar sind dauerhafte Aufenthalte in den USA und Deutschland. a) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den USA und in Ländern einer übergeordneten Zone besteht Versicherungsschutz für maximal sechs Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf. Für Krankheiten, deren Behandlung bereits vor der Einreise feststand, besteht kein Versicherungsschutz. Für Behandlungen die über die sechs Wochen hinaus notwendig werden, besteht kein Versicherungsschutz. Der Aufenthalt ist vor Einreise beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten anzuzeigen. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. b) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht Versicherungsschutz für bis zu sechs Monate (kumuliert) pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis. Der Aufenthalt ist vor Einreise beim Versicherer anzuzeigen. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. Bei dauerhafter Verlegung des ständigen Aufenthaltes in das Heimatland kann der Versicherungsschutz aufrechterhalten bleiben, sofern diese Versicherung den gesetzlichen und lokalen Bestimmungen des Aufenthaltes- oder Wohnsitzlandes genügt. Die Prüfung dessen obliegt dem Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person. Bei Verlegung des ständigen Aufenthaltes in die USA oder Deutschland muss die Versicherung beendet werden. Der Versicherungsvertrag kann durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten gekündigt werden, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich des Versicherungsschutzes in einem Land so verändern, dass dieser Versicherungsschutz gegen nationale Gesetzgebungen verstößt.
C7	**Beginn des Versicherungsschutzes**	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, § 4.
C8	**Versicherungsjahr**	Jeweils vom 01.10. eines jeden Jahres bis zum 30.09. des darauffolgenden Jahres.
C9	**Dauer des Versicherungsverhältnisses**	Die Laufzeit ist im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages unbefristet.
C10	**Kündigung des Versicherungsverhältnisses**	Der Versicherungsschutz kann für einzelne versicherte Personen mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Versicherungsjahres vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. Der Versicherungsvertrag kann durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten gekündigt werden, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich des Versicherungsschutzes in einem Land so verändern, dass dieser Versicherungsschutz gegen nationale Gesetzgebungen verstößt.
C11	**Angaben zum Gesundheitszustand**	Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ist für jede zu versichernde Person ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Ausgenommen hiervon sind Neugeborene gemäß VB Teil I, § 4, Abs. 2. Für zu versichernde Personen ab 60 Jahren ist zusätzlich auf eigene Kosten ein ärztliches Gesundheitszeugnis beizubringen. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung behalten sich der Versicherer bzw. dessen Beauftragten das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben.
C12	**Zusätzliche Bestimmungen zu Leistungsausschlüssen**	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2a und 2r sind die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden in den Versicherungsschutz eingeschlossen, sofern diese vom Versicherer bzw. dessen Beauftragten gegen einen entsprechenden Risikozuschlag in den Versicherungsschutz eingeschlossen wurden und diese bei Antragsstellung bekannt waren. Für Neugeborene, die gemäß VB Teil I, § 4, Abs. 2 innerhalb von zwei Monaten ab Geburt mitversichert werden, besteht abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2a uneingeschränkter Versicherungsschutz.
C13	**Wartezeit**	**EXPAT INFINITY BASIC**: Keine Wartezeit **EXPAT INFINITY CLASSIC**: Keine Wartezeit **EXPAT INFINITY PREMIUM**: 8 Monate für Entbindung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen. 12 Monate für Sehhilfen, Sehtests und Augenlaserbehandlungen. 24 Monate für Unfruchtbarkeitsbehandlungen.

Fortsetzung auf nächster Seite

Stand: 01.09.2019

C14	**Anwartschaft**	a) Der Versicherungsschutz kann während der Vertragslaufzeit auf Anwartschaft gestellt werden. b) Abweichend von VB Teil I, Besondere Bedingungen für die Anwartschaft, § 4 müssen bei der Antragsstellung auf Anwartschaft keine erneuten Angaben zum Gesundheitszustand oder ein ärztliches Gesundheitszeugnis eingereicht werden. c) Ist der Versicherungsvertrag inkl. Risikozuschlägen geschlossen worden, so werden die Risikozuschläge auch während der Anwartschaft fällig. d) Zusätzliche Voraussetzung für die Anwartschaft ist neben den in VB Teil I, Besondere Bedingungen für die Anwartschaft, § 3 gennannten Voraussetzungen, dass die Beendigung einer vorherigen für dieses Produkt gewährten Anwartschaftszeit mindestens 12 Monate zurück liegt. e) Es gelten die VB Teil I, Besondere Bedingungen für die Anwartschaft.
C15	**Sonstiges**	a) Ein nachträglicher Wechsel innerhalb der Varianten "Basic", "Classic" und "Premium" ist zum Ende des Versicherungsjahres möglich. Dies muss vom Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person mit einer Frist von zwei Monaten dem Versicherer bzw. dessen Beauftragten mitgeteilt werden. Bei einem Wechsel in eine andere Variante müssen die Angaben zum Gesundheitszustand erneut vollständig und wahrheitsgemäß von den zu versichernden Personen ausgefüllt werden bzw. bei Personen ab 60 Jahren muss ein aktuelles ärztliches Gesundheitszeugnis beigebracht werden. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich das Recht auf eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich zudem das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben. b) Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. c) Der Abschluss einer Anwartschaft in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung wird angeraten.

Monatlicher Beitrag

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar. Der jeweils gültige Beitrag ergibt sich aus der anliegenden Beitragstabelle, welche Bestandteil der Versicherungsbedingungen ist. Die Höhe des Beitrages richtet sich hier nach der gewünschten Produktvariante (Basic, Classic oder Premium), der gewünschten Länderzone (Zone 1, 2, 3 oder 4), dem Alter der zu versichernden Person sowie dem gewünschten Selbstbehalt (0 Euro, 250 Euro, 500 Euro oder 1.000 Euro). Der Beitrag kann sich zusätzlich an dem zum Zeitpunkt der Antragsstellung vorliegenden Gesundheitszustand der zu versichernden Person orientieren. In diesen Fällen kann der Versicherer bzw. dessen Beauftragten auf den gültigen Monatsbeitrag einen prozentualen Risikozuschlag erheben.

Erreicht eine versicherte Person eine neue Altersstufe, so erhöht sich der Beitrag ab dem Monat, in dem die versicherte Person das jeweilige Alter der nächsten Altersstufe erreicht. Die Mitteilung über das Erreichen der folgenden Altersstufe erfolgt an den Versicherungsberechtigten bzw. an die versicherte Person spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Beitragserhöhung.

Selbstbehalt

Es kann zwischen einem Selbstbehalt von 0 Euro, 250 Euro, 500 Euro und 1.000 Euro pro versicherter Person und Versicherungsjahr gewählt werden. Ausgenommen vom Selbstbehalt sind die Punkte A5, A6, A9 und A10. Bei unterjährigen Versicherungsdauern wird der Selbstbehalt im anteiligen Verhältnis angerechnet. Ein Wechsel innerhalb der Selbstbehaltstufen kann mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres beantragt werden. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich das Recht auf Prüfung eines Wechsels vor.

Stand:01.09.2019

Darum gibt es Länder- und Preiszonen in der Auslandskrankenversicherung Expat Infinity

Weil die Kosten für medizinische Behandlungen weltweit von Land zu Land variieren und die durchschnittliche Schadenquote einer Versichertengruppe mit zunehmenden Alter steigt, gibt es im Produkt Expat Infinity vier Länderzonen und eine Beitragsstaffel nach Altersgruppen. Auf diese Weise bieten wir unseren Kunden die größtmögliche Fairness bei der Höhe der Versicherungsbeiträge entsprechend Ihrer Lebenssituation.

Wichtiges zu Länderzonen und zum Versicherungsschutz bei Wechsel des Aufenthaltslandes

Jedem Land ist eine Zone 1, 2, 3 oder 4 zugeordnet. Dabei handelt es sich bei Zone 1 um die günstigste Behandlungsregion und bei Zone 4 um die teuerste.

Ein Beispiel: Ist Ihr geplantes Aufenthaltsland Singapur, so richtet sich Ihr Versicherungsbeitrag nach der Zone 4. Da dies hinsichtlich der Beitragskategorie die höchstmögliche Zone ist, können Sie sich auch problemlos in allen Ländern der anderen Zonen behandeln lassen. Als Beitragszahler der Zone 4 sind Sie außerdem automatisch auch in allen anderen Ländern der Zone 4 versichert (z. B. Vereinigtes Königreich, Schweiz oder Brasilien).

Für Versicherte in niedrigeren Länderzonen gilt eine Besonderheit: Im Notfall sind Sie auch in Ländern der nächsthöheren Kategorie versichert und zwar für maximal sechs Wochen pro Versicherungsjahr.

Ein Beispiel: Ihr Aufenthaltsland ist Frankreich (Zone 2), Sie befinden sich aber gerade in Portugal (Zone 3), als Sie akut krank werden und in eine Klinik müssen. Dann haben Sie auch dort für maximal sechs Wochen Versicherungsschutz, gerechnet ab Einreise.

Sie wechseln während Ihres Auslandsaufenthaltes die Länderzone, verlagern Ihren Aufenthalt beispielsweise von Spanien (Zone 3) nach Brasilien (Zone 4)? Dies ist kein Problem, teilen Sie uns bitte einfach vor Einreise ins neue Aufenthaltsland mit, dass Sie die Länderzone wechseln und passen somit Ihren monatlichen Versicherungsbeitrag an.

Sie planen Aufenthalte in verschiedenen Ländern unterschiedlicher Länderzonen? Wir empfehlen Ihnen von Anfang an, die Länderzone desjenigen Landes der höchsten Kategorie zu wählen. Ein Beispiel: Während Ihrer Weltreise planen Sie nach Vietnam (Zone 2), auf die Philippinen (Zone 1) und in die Vereinigten Arabischen Emirate (Zone 3) sowie nach Australien (Zone 3) zu reisen? Wählen Sie am besten von Vornherein die Zone 3. Dann haben Sie auf jeden Fall auch Versicherungsschutz in Ländern der höchsten Zone (zum Beispiel in Singapur bei einer Zwischenlandung etwa).

So kalkulieren Sie Ihren monatlichen Versicherungsbeitrag

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10				
11 - 20				
21 - 25				
26 - 30				
31 - 35				
36 - 40			104 €	
41 - 45				

Schritt 1:

Identifizieren Sie zuerst Ihr geplantes Aufenthaltsland auf der Länderzonen-Liste und vermerken Sie die Zonennummer (1, 2, 3 oder 4).

Schritt 2:

Wählen Sie anhand des gewünschten Selbstbehalts die korrekte Beitragstabelle Ihres Expat Infinity (Basic, Classic oder Premium).

Schritt 3:

Ermitteln Sie in der Beitragstabelle den monatlichen Versicherungsbeitrag für Ihre Altersgruppe (z. B. 36-40) und die Länderzone (z. B. Zone 3).

Ein Beispiel: Ihr Aufenthaltsland ist Spanien (Zone 3) und Sie haben sich für die Basic-Variante des Expat Infinity entschieden, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 250 Euro und Sie gehören zur Altersgruppe der 36-40-Jährigen. Dann beläuft sich Ihr monatlicher Versicherungsbeitrag auf 104 Euro. Bitte beachten Sie aber, dass wir bei der Antragsstellung eine Gesundheitsprüfung durchführen und je nach Gesundheitszustand Risikozuschläge erhoben werden können. Diese werden prozentual ermittelt und auf den Grundbeitrag von 104 Euro erhoben.

Stand: 01.09.2019

Länderzonen

Der folgenden Tabelle können Sie die zur Beitragsberechnung notwendige Länderzone Ihres Ziellandes entnehmen.

Abchasien	1	Griechenland	3	Marokko	1	Serbien	1
Afghanistan	1	Guatemala	2	Marshallinseln	1	Seychellen	1
Ägypten	1	Guinea	1	Mauretanien	1	Sierra Leone	1
Albanien	1	Guinea-Bissau	1	Mauritius	1	Simbabwe	1
Algerien	1	Guyana	1	Mayotte	1	Singapur	4
Andorra	2	Haiti	1	Mazedonien	1	Slowakei	2
Angola	2	Honduras	1	Mexiko	2	Slowenien	1
Anguilla	2	Indien	1	Mikronesien	1	Somalia	1
Antigua und Barbuda	1	Indonesien	1	Moldawien	1	Spanien	3
Äquatorialguinea	1	Irak	1	Monaco	3	Sri Lanka	1
Argentinien	2	Iran	1	Mongolei	1	St. Barthelemy	4
Armenien	1	Irland	3	Montenegro	1	St. Kitts und Nevis	1
Aruba	2	Island	2	Mosambik	2	St. Lucia	1
Aserbaidschan	2	Israel	3	Myanmar	1	St. Martin	4
Äthiopien	1	Italien	3	Namibia	1	St. Pierre and Miquelon	3
Australien	3	Jamaika	1	Nauru	1	St. Vincent und die Grenadinen	1
Bahamas	4	Japan	3	Nepal	1	Südafrika	2
Bahrain	2	Jemen	1	Neukaledonien	2	Sudan	1
Bangladesch	1	Jersey	4	Neuseeland	3	Südossetien	1
Barbados	2	Jordanien	1	Nicaragua	1	Südsudan	1
Belgien	2	Kaimaninseln	2	Niederlande	2	Suriname	1
Belize	1	Kambodscha	1	Niederländische Antillen	2	Swasiland	1
Bermuda	1	Kamerun	1	Niger	1	Syrien	1
Benin	1	Kanada	3	Nigeria	2	Tadschikistan	1
Bhutan	1	Kap Verde	1	Niue	1	Tansania	1
Bolivien	2	Kasachstan	2	Norfolkinsel	2	Thailand	2
Bosnien und Herzegowina	2	Katar	3	Norwegen	2	Togo	1
Botswana	1	Kenia	1	Oman	2	Tonga	1
Brasilien	4	Kirgisistan	1	Österreich	3	Trinidad und Tobago	1
Brunei	1	Kiribati	1	Osttimor / Timor-Leste	1	Tschad	1
Bulgarien	2	Kolumbien	2	Pakistan	1	Tschechien	2
Burkina Faso	1	Komoren	1	Palästina	1	Tunesien	1
Burundi	1	Kongo, Demokratische Republik	1	Palau	1	Türkei	3
Chile	2	Kongo, Republik	1	Panama	2	Turkmenistan	1
Cookinseln	1	Korea, Nord	1	Papua-Neuguinea	1	Tuvalu	1
Costa Rica	2	Korea, Süd	1	Paraguay	1	Uganda	1
Curaçao	2	Kosovo	1	Peru	2	Ukraine	2
Dänemark	2	Kroatien	2	Philippinen	1	Ungarn	2
Deutschland *eingeschränkt versicherbar*		Kuba	1	Polen	1	Uruguay	2
Dominica	1	Kuwait	2	Polynesien, Französisch	3	USA *nicht versicherbar*	
Dominikanische Republik	2	Laos	1	Portugal	3	Usbekistan	1
Dschibuti	2	Lesotho	1	Republik China (Taiwan)	3	Vanuatu	3
Ecuador	2	Lettland	2	Ruanda	1	Vatikanstadt	1
El Salvador	1	Libanon	2	Rumänien	1	Venezuela	2
Elfenbeinküste	1	Liberia	1	Russland	3	Vereinigte Arabische Emirate	3
Eritrea	1	Libyen	1	Saint-Barthélemy	2	Vereinigtes Königreich	4
Estland	1	Liechtenstein	2	Salomonen	1	Vietnam	2
Fidschi	1	Litauen	1	Sambia	1	Volksrepublik China/HongKong	3
Finnland	2	Luxemburg	2	Samoa	1	Wallis und Futuna	2
Frankreich	2	Madagaskar	1	San Marino	1	Weißrussland	2
Gabun	1	Malawi	1	São Tomé und Príncipe	1	Westsahara	1
Gambia	1	Malaysia	2	Saudi-Arabien	2	Zentralafrikanische Republik	1
Georgien	2	Malediven	1	Schweden	2	Zypern	2
Ghana	1	Mali	1	Schweiz	4		
Grenada	1	Malta	1	Senegal	1		

Stand: 01.09.2019

Beitragstabellen

EXPAT INFINITY BASIC

Mit Hilfe der folgenden Tabellen können Sie anhand des gewünschten Selbstbehalts, Ihres Alters, und der Länderzone Ihres Ziellandes den monatlichen Beitrag des **Expat Infinity Basic** ersehen. Bitte beachten Sie, dass je nach Ergebnis der Prüfung Ihres Gesundheitszustandes mögliche Risikozuschläge erhoben werden können. Bei Fragen unterstützen wir Sie gerne telefonisch unter +49-40-30 68 74-0.

ohne Selbstbehalt

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	70 €	79 €	96 €	150 €
11 - 20	70 €	79 €	96 €	150 €
21 - 25	76 €	85 €	102 €	149 €
26 - 30	86 €	95 €	115 €	168 €
31 - 35	96 €	106 €	127 €	187 €
36 - 40	102 €	112 €	135 €	198 €
41 - 45	112 €	123 €	147 €	217 €
46 - 50	120 €	131 €	158 €	233 €
51 - 55	132 €	144 €	173 €	257 €
56 - 60	147 €	160 €	191 €	285 €
61 - 65	173 €	187 €	223 €	335 €
66 - 70	198 €	220 €	263 €	395 €
71 - 75	246 €	272 €	330 €	495 €
76 - 80	300 €	330 €	400 €	600 €
81 - 85	375 €	412 €	500 €	750 €
>85	460 €	520 €	630 €	945 €

Selbstbehalt 250 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	39 €	48 €	65 €	119 €
11 - 20	39 €	48 €	65 €	119 €
21 - 25	45 €	54 €	71 €	118 €
26 - 30	55 €	64 €	84 €	137 €
31 - 35	65 €	75 €	96 €	156 €
36 - 40	71 €	81 €	104 €	167 €
41 - 45	81 €	92 €	116 €	186 €
46 - 50	89 €	100 €	127 €	202 €
51 - 55	101 €	113 €	142 €	226 €
56 - 60	116 €	129 €	160 €	254 €
61 - 65	142 €	156 €	192 €	304 €
66 - 70	167 €	189 €	232 €	364 €
71 - 75	215 €	241 €	299 €	464 €
76 - 80	269 €	299 €	369 €	569 €
81 - 85	344 €	381 €	469 €	719 €
>85	429 €	489 €	599 €	914 €

Selbstbehalt 500 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10				100 €
11 - 20				100 €
21 - 25				99 €
26 - 30				118 €
31 - 35				137 €
36 - 40				148 €
41 - 45				167 €
46 - 50				183 €
51 - 55				207 €
56 - 60				235 €
61 - 65		137 €	173 €	285 €
66 - 70	148 €	170 €	213 €	345 €
71 - 75	196 €	222 €	280 €	445 €
76 - 80	250 €	280 €	350 €	550 €
81 - 85	325 €	362 €	450 €	700 €
>85	410 €	470 €	580 €	895 €

Selbstbehalt 1.000 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10				
11 - 20				
21 - 25				
26 - 30				
31 - 35				
36 - 40				
41 - 45				
46 - 50				
51 - 55				
56 - 60				
61 - 65				248 €
66 - 70				308 €
71 - 75				408 €
76 - 80				513 €
81 - 85				663 €
>85				858 €

Stand: 01.09.2019

Beitragstabellen

EXPAT INFINITY CLASSIC

Mit Hilfe der folgenden Tabellen können Sie anhand des gewünschten Selbstbehalts, Ihres Alters, und der Länderzone Ihres Ziellandes den monatlichen Beitrag des **Expat Infinity Classic** ersehen. Bitte beachten Sie, dass je nach Ergebnis der Prüfung Ihres Gesundheitszustandes mögliche Risikozuschläge erhoben werden können. Bei Fragen unterstützen wir Sie gerne telefonisch unter +49-40-30 68 74-0.

ohne Selbstbehalt

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	99 €	102 €	123 €	185 €
11 - 20	99 €	102 €	123 €	185 €
21 - 25	109 €	115 €	134 €	191 €
26 - 30	125 €	131 €	153 €	220 €
31 - 35	140 €	148 €	173 €	249 €
36 - 40	149 €	157 €	184 €	267 €
41 - 45	164 €	174 €	204 €	296 €
46 - 50	177 €	187 €	219 €	319 €
51 - 55	195 €	206 €	243 €	355 €
56 - 60	218 €	230 €	270 €	392 €
61 - 65	262 €	280 €	330 €	480 €
66 - 70	311 €	340 €	400 €	580 €
71 - 75	372 €	415 €	487 €	705 €
76 - 80	447 €	500 €	600 €	870 €
81 - 85	545 €	610 €	740 €	1.090 €
>85	720 €	805 €	975 €	1.440 €

Selbstbehalt 250 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	73 €	76 €	97 €	154 €
11 - 20	73 €	76 €	97 €	154 €
21 - 25	83 €	89 €	108 €	160 €
26 - 30	99 €	105 €	127 €	189 €
31 - 35	114 €	122 €	147 €	218 €
36 - 40	123 €	131 €	158 €	236 €
41 - 45	138 €	148 €	178 €	265 €
46 - 50	151 €	161 €	193 €	288 €
51 - 55	169 €	180 €	217 €	324 €
56 - 60	192 €	204 €	244 €	361 €
61 - 65	236 €	254 €	304 €	449 €
66 - 70	285 €	314 €	374 €	549 €
71 - 75	346 €	388 €	461 €	674 €
76 - 80	421 €	474 €	574 €	839 €
81 - 85	519 €	584 €	714 €	1.059 €
>85	694 €	779 €	949 €	1.409 €

Selbstbehalt 500 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	56 €	59 €	80 €	135 €
11 - 20	56 €	59 €	80 €	135 €
21 - 25	66 €	72 €	91 €	141 €
26 - 30	82 €	88 €	110 €	170 €
31 - 35	97 €	105 €	130 €	199 €
36 - 40	106 €	114 €	141 €	217 €
41 - 45	121 €	131 €	161 €	246 €
46 - 50	134 €	144 €	176 €	269 €
51 - 55	152 €	163 €	200 €	305 €
56 - 60	175 €	187 €	227 €	342 €
61 - 65	219 €	237 €	287 €	430 €
66 - 70	268 €	297 €	357 €	530 €
71 - 75	329 €	372 €	444 €	655 €
76 - 80	404 €	457 €	557 €	820 €
81 - 85	502 €	567 €	697 €	1.040 €
>85	677 €	762 €	932 €	1.390 €

Selbstbehalt 1.000 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10				98 €
11 - 20				98 €
21 - 25				104 €
26 - 30				133 €
31 - 35				162 €
36 - 40				180 €
41 - 45				209 €
46 - 50				232 €
51 - 55				268 €
56 - 60				305 €
61 - 65				393 €
66 - 70				493 €
71 - 75				618 €
76 - 80				783 €
81 - 85				1.003 €
>85				1.353 €

Stand: 01.09.2019

Beitragstabellen
EXPAT INFINITY PREMIUM

Mit Hilfe der folgenden Tabellen können Sie anhand des gewünschten Selbstbehalts, Ihres Alters, und der Länderzone Ihres Ziellandes den monatlichen Beitrag des **Expat Infinity Premium** ersehen. Bitte beachten Sie, dass je nach Ergebnis der Prüfung Ihres Gesundheitszustandes mögliche Risikozuschläge erhoben werden können. Bei Fragen unterstützen wir Sie gerne telefonisch unter +49-40-30 68 74-0.

Bei Mitversicherung in selbigem Vertrag erhalten Sie ab dem zweiten Kind einen Rabatt auf den entsprechenden Monatsbeitrag Ihres Kindes in Höhe von 5%. Ab dem dritten mitversicherten Kind erhalten Sie einen Rabatt in Höhe von 7% auf den jeweiligen Monatsbeitrag.

ohne Selbstbehalt

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	152 €	162 €	191 €	286 €
11 - 20	152 €	162 €	191 €	286 €
21 - 25	168 €	177 €	206 €	293 €
26 - 30	192 €	202 €	236 €	338 €
31 - 35	215 €	227 €	266 €	383 €
36 - 40	229 €	258 €	302 €	435 €
41 - 45	253 €	290 €	340 €	490 €
46 - 50	272 €	314 €	368 €	530 €
51 - 55	300 €	345 €	405 €	585 €
56 - 60	350 €	405 €	475 €	685 €
61 - 65	410 €	475 €	555 €	800 €
66 - 70	480 €	555 €	650 €	935 €
71 - 75	560 €	650 €	760 €	1.090 €
76 - 80	700 €	815 €	950 €	1.360 €
81 - 85	840 €	980 €	1.140 €	1.630 €
>85	1.050 €	1.230 €	1.440 €	2.000 €

Selbstbehalt 250 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	117 €	127 €	156 €	251 €
11 - 20	117 €	127 €	156 €	251 €
21 - 25	133 €	142 €	171 €	258 €
26 - 30	157 €	167 €	201 €	303 €
31 - 35	180 €	192 €	230 €	348 €
36 - 40	194 €	223 €	267 €	369 €
41 - 45	218 €	255 €	305 €	429 €
46 - 50	237 €	279 €	333 €	470 €
51 - 55	265 €	310 €	370 €	529 €
56 - 60	315 €	370 €	440 €	650 €
61 - 65	375 €	440 €	520 €	765 €
66 - 70	445 €	520 €	615 €	900 €
71 - 75	525 €	615 €	725 €	1.055 €
76 - 80	665 €	780 €	915 €	1.325 €
81 - 85	805 €	945 €	1.105 €	1.595 €
>85	1.015 €	1.195 €	1.405 €	1.965 €

Selbstbehalt 500 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	90 €	100 €	129 €	224 €
11 - 20	90 €	100 €	129 €	224 €
21 - 25	106 €	115 €	144 €	231 €
26 - 30	130 €	140 €	174 €	276 €
31 - 35	153 €	165 €	204 €	321 €
36 - 40	167 €	196 €	240 €	373 €
41 - 45	191 €	228 €	278 €	428 €
46 - 50	210 €	252 €	306 €	468 €
51 - 55	238 €	283 €	343 €	523 €
56 - 60	288 €	343 €	413 €	623 €
61 - 65	348 €	413 €	493 €	738 €
66 - 70	418 €	493 €	588 €	873 €
71 - 75	498 €	588 €	698 €	1.028 €
76 - 80	638 €	753 €	888 €	1.298 €
81 - 85	778 €	918 €	1.078 €	1.568 €
>85	988 €	1.168 €	1.378 €	1.938 €

Selbstbehalt 1.000 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	75 €	85 €	94 €	189 €
11 - 20	75 €	85 €	94 €	189 €
21 - 25	71 €	80 €	109 €	196 €
26 - 30	95 €	105 €	139 €	241 €
31 - 35	118 €	130 €	169 €	286 €
36 - 40	132 €	161 €	205 €	338 €
41 - 45	156 €	193 €	243 €	393 €
46 - 50	175 €	217 €	271 €	433 €
51 - 55	203 €	248 €	308 €	488 €
56 - 60	253 €	308 €	378 €	588 €
61 - 65	313 €	378 €	458 €	703 €
66 - 70	383 €	458 €	553 €	838 €
71 - 75	463 €	553 €	663 €	993 €
76 - 80	603 €	718 €	853 €	1.263 €
81 - 85	743 €	883 €	1.043 €	1.533 €
>85	953 €	1.133 €	1.343 €	1.903 €

Stand: 01.09.2019

Beitragstabelle

ANWARTSCHATFSBEITRÄGE

Mit Hilfe der folgenden Tabelle können Sie anhand Ihres Alters den monatlichen Beitrag der **Anwartschaft** ersehen. Bitte beachten Sie, dass je nach Ergebnis der Prüfung Ihres Gesundheitszustandes mögliche Risikozuschläge erhoben werden können. Bei Fragen unterstützen wir Sie gerne telefonisch unter +49-40-30 68 74-0.

Alter	Anwartschaftsbeitrag
0 - 10	24 €
11 - 20	24 €
21 - 25	26 €
26 - 30	30 €
31 - 35	35 €
36 - 40	39 €
41 - 45	44 €
46 - 50	48 €
51 - 55	54 €
56 - 60	63 €
61 - 65	73 €
66 - 70	86 €
71 - 75	104 €
76 - 80	130 €
81 - 85	160 €
>85	206 €

Stand:01.09.2019

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für Auslandskrankenversicherungen (VB Teil I – Würzburger Versicherungs-AG)

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

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

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
2. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen mitzuteilen.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes.
5. Sind Versicherungsberechtigter und versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und die Versicherungsnehmerin dieses dem Versicherer bei der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag entsprechend nachweist. Die betroffene versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsberechtigten fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

§ 3 Beiträge, Leistungsanpassung, Versicherungsjahr

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.
2. Die Versicherungsnehmerin hat das Recht, einzelne versicherte Personen wegen Nichtzahlung des Beitrages aus dem Gruppenversicherungsvertrag abzumelden.
3. Der Versicherer ist berechtigt, zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine Änderung des Beitrages oder des Umfangs der Versicherungsleistung vorzunehmen, sofern er dies der Versicherungsnehmerin mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres mitteilt.
4. Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil II, Abschnitt C der Würzburger Versicherungs-AG.
5. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, eine Anpassung des Beitrages oder der Versicherungsleistung mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen schriftlich mitzuteilen.

§ 4 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im vereinbarten Geltungsbereich aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen. Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag und mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
   a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Aufenthaltsland;
   b) nicht vor Eintritt der Versicherbarkeit der versicherten Person;
   c) nicht vor Zahlung des Beitrages;
   d) nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.
2. Neugeborene können ab dem Tag ihrer Geburt ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten mitversichert werden, vorausgesetzt der Antrag auf Versicherung geht innerhalb von zwei Monaten ab Geburt beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten ein. Wird der Antrag auf Versicherung nach der zweimonatigen Frist gestellt, muss zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt werden. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung behalten sich der Versicherer bzw. dessen Beauftragten das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben. Die Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag erfolgt frühestens ab dem Tag des Eingangs des Antrages beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten.
3. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
4. Für Versicherungsfälle, die während der vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
5. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird in den Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil II, Abschnitt C der Würzburger Versicherungs-AG festgelegt.
6. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
   a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person;
   b) mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der festgelegten Voraussetzungen;
   c) mit dem Tod der versicherten Person;
   d) zum Ende des Monats, der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;
   e) mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, §1;
   f) sobald die im Produkt genannten Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
   g) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

§ 5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, den produktspezifischen Versicherungsbedingungen und den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
2. Ein Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer

Stand: 01.09.2019

versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit dem Eintritt in die Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

3. Sofern die jeweilige Variante entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:
   a) ärztliche Behandlungen einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat sowie Behandlungen wegen Fehlgeburt;
   b) durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
   c) Entbindungen nach Ablauf der vereinbarten Wartezeit;
   d) Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtung, unter Beachtung von VB Teil II, Punkt A8.
   e) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
   f) Tod.
4. Der Versicherer leistet je nach versichertem Produkt Entschädigung für akut und unerwartet während des Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich eintretende Versicherungsfälle.
5. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Bedingungen und dem jeweils gewählten Produkt.
6. Im vereinbarten Geltungsbereich steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland niedergelassenen, gesetzlich anerkannten und approbierten Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern sowie Hebammen frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für ihren Berufsstand – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr abrechnen.
7. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in den Versicherungsbedingungen Teil I, § 5, Abs. 6 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
8. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung), sofern im jeweiligen Produkt keine anderweitige Regelung vereinbart ist.
9. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von VB Teil I, § 5, Abs. 8, erfüllen, werden die vereinbarten Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tuberkulose-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten und Sanatorien geleistet.
10. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
11. Der Versicherer leistet im vereinbarten Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch einen versicherten Leistungsfall eintritt.
12. Der Versicherer leistet im vereinbarten Umfang für einen medizinisch notwendigen Rücktransport zum nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus am ständigen Wohnsitz der versicherten Person. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

§ 6 Allgemeine Einschränkungen der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Schäden durch Kernenergie, sowie für solche Ereignisse, die auf vorsätzliches Handeln der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person zurückzuführen sind.
2. Keine Leistungspflicht besteht für:
   a) die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen. Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden sind.
   b) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
   c) Behandlungen während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Krankenhausaufenthalt. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall behandlungsbedürftig arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.
   d) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
   e) Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose, Psychoanalyse und Psychotherapie;
   f) Immunisierungsmaßnahmen;
   g) Hilfsmittel;
   h) Behandlungen wegen Sterilität einschließlich künstlicher Befruchtungen sowie dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen;
   i) Vorsorgeuntersuchungen;
   j) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder, in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden je nach vereinbartem Produkt erstattet;
   k) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch berufsmäßige Teilnahme an sportlichen, von Verbänden und Vereinen veranstalteten Wettkämpfen und deren Vorbereitung verursacht werden oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
   l) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
   m) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung durch die Weltgesundheitsorganisation WHO empfohlene oder gesetzlich vorgeschriebene Schutzimpfungen auftreten, es sei denn, dass medizinische Gründe der Schutzimpfung entgegenstehen. In diesem Falle sind die medizinischen Gründe dem Versicherer durch ein ärztliches Attest zu belegen.
   n) Behandlungen eines Abhängigkeitssyndroms und deren Folgen;
   o) Selbstmordversuche und deren Folgen;
   p) Organspenden und deren Folgen;
   q) Zahnersatz (wie z. B. Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
   r) angeborene Leiden. Angeborene Leiden sind Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, Störungen oder Fehlbildungen, die bereits bei der Geburt bestanden, unabhängig vom Vorliegen einer Diagnose.
3. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und Krankenanstalten oder Hebammen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherer den Versicherungsberechtigten und die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles über den nicht mehr zu erstattenden Behandler informiert hat. Sofern vor der Benachrichtigung ein Versicherungsfall eingetreten ist, besteht für den betroffenen Behandler die im jeweiligen Produkt festgelegte Leistungspflicht für maximal drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung.

Stand: 01.09.2019

4. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung ortsüblich nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

§ 7 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
   a) alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
   b) alle Schäden, die voraussichtlich eine Summe von 1.000 Euro überschreiten, dem Versicherer oder dessen Beauftragten unverzüglich anzuzeigen;
   c) dem Versicherer oder dessen Beauftragten jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.
2. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.
3. Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.
4. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, besteht eine solche oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, sind der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
5. Schwangerschaften sind, sofern das Produkt nichts anderes vorsieht, innerhalb von vier Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzuzeigen.
6. Medizinisch notwendige Rücktransporte sind vor deren Durchführung dem Versicherer anzuzeigen.
7. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
8. Beginn und Ende sowie die Unterbrechung eines Aufenthaltes im vorgesehenen Geltungsbereich sowie das Vorliegen der produktspezifischen Voraussetzung auf Versicherungsfähigkeit sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
9. Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.
10. Verletzt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
   a) Bezahlte Original-Belege, die den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Namen und Anschrift des Behandlers, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungs-Zweitschriften. Werden fremdsprachige Belege eingereicht, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, sind auf Verlangen des Versicherers deutsch- oder englischsprachige Übersetzungen beizubringen.
   b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
   c) Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen.
   d) Zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen vereinbart werden.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, auch nicht auf andere Weise eine Leistungsprüfung ermöglicht wird und der Versicherer hierdurch die Höhe und den Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Leistung nicht fällig.
6. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten infolge eines Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gehindert sind.
7. Ansprüche aus diesem Gruppenversicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 9 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall über diesen Gruppenversicherungsvertrag zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

§ 10 Aufrechnung

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

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der 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 Anzuwendendes Recht/Vertragssprache

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

Stand: 01.09.2019

§ 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 Versicherer.

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

Die Würzburger Versicherungs-AG ist Mitglied im Verein PKV-Ombudsmann. Versicherten Personen, in Produkten 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.

Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222, 10052 Berlin
Tel.: 0800 2 55 04 44 Fax: 030 20 45 89 31 www.pkv-ombudsmann.de

Besondere Bedingungen für die Anwartschaft

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

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

§ 2 Gegenstand der Anwartschaft

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

§ 3 Voraussetzungen für die Anwartschaft

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

§ 4 Angaben zum Gesundheitszustand

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

§ 5 Beginn der Anwartschaft

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

§ 6 Aufleben des Versicherungsschutzes

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

§ 7 Kündigung

Möchte der Versicherungsberechtigte bzw. die versicherte Person den Versicherungsschutz des dahinter stehenden Produktes nicht aufleben lassen, kann die Anwartschaft für einzelne versicherte Personen jederzeit vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. Es endet dann mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats.

§ 8 Leistungsumfang

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

§ 9 Beitrag

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

Stand:01.09.2019

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

Stand:12.09.2019

Ergänzende Leistung:

PATIENTEN-RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG FÜR BDAE-VERSICHERTE

Zusätzlich zu Ihrer Auslandskrankenversicherung hat Ihr BDAE für Sie kostenfrei eine Patienten-Rechtsschutzversicherung für das Ausland abgeschlossen. Dabei handelt es sich um eine **Absicherung gegen medizinische Behandlungs- und Aufklärungsfehler**. Dank einer Kooperation des BDAE mit der ARAG gilt der Patienten-Rechtsschutz für Sie auf der ganzen Welt.

Was ist abgesichert?

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

- Versichert sind **Rechtsfälle** in Höhe von je **bis zu einer Million Euro weltweit**. Bis zu dieser Höhe übernimmt die ARAG sämtliche Anwalts- und Gerichtskosten.
- Auf Wunsch empfiehlt Ihnen der Versicherer außerdem einen **Anwalt für Medizinrecht**.
- Zugang zum ARAG **Online-Rechts-Service** mit rund 1.000 rechtlich geprüften Musterschreiben und Dokumenten aus vielen Rechtsbereichen.
- Mit ARAG-JuraTel® stehen Ihnen Anwälte für eine **telefonische Erstberatung** aufgrund eines Schadenersatz-Anspruchs oder wegen des Vorwurfs eines strafrechtlichen Vergehens zur Seite.
- Pro Kalenderjahr ist ein Beratungsgespräch mit einem in Deutschland zugelassenen Rechtsanwalt zur Erstellung oder Änderung einer **Patientenverfügung** einschließlich **Vorsorgevollmacht** bis zu 250 Euro versichert.

Wann liegen Behandlungs- und Aufklärungsfehler vor?

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

Über die ARAG

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

Stand: 11.09.2019

BDAE Holding GmbH
Kühnehöfe 3 • 22761 Hamburg • Deutschland
Tel.: +49-40-30 68 74-0
Fax: +49-40-30 68 74-90
E-Mail: info@bdae.com
Web: www.bdae.com
Sitz der Gesellschaft: Hamburg • HRB 79790
Amtsgericht Hamburg • Geschäftsführer: Philipp Belau

Ergänzende Leistung:

MEDIZINISCHE ASSISTANCE FÜR BDAE-VERSICHERTE UND BDAE-MITGLIEDER

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

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

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

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

Diese Leistungen können BDAE-Versicherte und -Mitglieder an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr abrufen. Um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren, halten Sie bitte bei der Kontaktaufnahme mit Allianz Global Assistance stets Ihre BDAE-Versicherten- oder -Mitgliedsnummer bereit.

24h-Notfallbereitschaft des BDAE unter

+49-40-30 68 74-74

Stand: 11.09.2019

WICHTIGE HINWEISE ZUR ANTRAGSTELLUNG

Damit wir Ihren Versicherungsantrag zügig bearbeiten können, bitten wir Sie darum, folgende Punkte zu beachten und zu überprüfen:

Ausfüllen der Antragsunterlagen

- ☐ Alle Angaben sind vollständig und in **Druckbuchstaben** erfolgt.
- ☐ **Rechtsbelehrung** ist unterschrieben.
- ☐ **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten** ist unterschrieben.
- ☐ Es liegen die **Unterschriften des Antragstellers** sowie aller **volljährigen zu versichernden Personen** vor.
- ☐ Es sind alle **Angaben zu den Zahlungsmodalitäten** gemacht worden und alle erforderlichen Unterschriften liegen vor.

Für die Versicherungsprodukte EXPAT GERMANY, EXPAT PRIVATE Premium, EXPAT INFINITY sowie EXPAT RESIDENT und EXPAT RETIRED beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- ✔ EXPAT GERMANY: Sofern sich die zu versichernde Person bei Versicherungsbeginn bereits länger als **31 Tage in Deutschland** aufgehalten hat, ist ein **Ärztliches Zeugnis** oder ein Nachweis über eine deutsche **Vorversicherung** erforderlich. Das Ärztliches Zeugnis darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als 14 Tage sein.
- ✔ EXPAT PRIVATE Premium: Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden. Ab einem Alter von **50 Jahren** ist außerdem ein Ärztliches Zeugnis erforderlich, das zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate ist.
- ✔ EXPAT INFINITY, EXPAT RESIDENT und EXPAT RETIRED: Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden. Ab einem Alter von **60 Jahren** ist außerdem ein Ärztliches Zeugnis erforderlich, das zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate ist.

Ausfüllen des Ärztliches Zeugnisses

- ☐ Das Ärztliches Zeugnis ist gut lesbar in deutscher oder englischer Sprache erstellt worden und es liegen alle erforderlichen Unterschriften der untersuchenden Ärzte vor.
- ☐ Jede einzelne Frage ist beantwortet.
- ☐ Fragen, die mit „ja“ beantwortet wurden, bzw. Fragen, die auf einen krankhaften Befund hinweisen, sind erläutert worden.
- ☐ Für die Zusatzmodule EXPAT GERMANY PLUS, EXPAT RETIRED TOP oder für Abschlüsse des EXPAT RESIDENT ist ein Zahnstatus erstellt worden.
- ☐ Der Name und die vollständige Adresse des behandelnden Hausarztes liegen vor.
- ☐ Für den Fall, dass stationäre Behandlungen (Krankenhausaufenthalte) stattgefunden haben, liegen dem Antrag Befund- und Entlassungsberichte vor.

Noch ein abschließender Hinweis: Sollten wir zu Ihren Angaben weitere Fragen haben, bitten wir Sie darum, diese im Rahmen der von uns gesetzten Fristen zu beantworten, damit wir Sie zum Wunschtermin versichern können.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Stand:01.09.2019

BDAE Expat GmbH
Kühnehöfe 3 • 22761 Hamburg • Deutschland
Tel.: +49-40-30 68 74-0
Fax: +49-40-30 68 74-90
E-Mail: info@bdae.com
Web: www.bdae.com
Sitz der Gesellschaft: Hamburg • HRB 122052
Amtsgericht Hamburg • Geschäftsführer: Philipp Belau

ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG

Krankenversicherung für langfristige Auslandsaufenthalte

Antragsteller(in)/Versicherungsberechtigte(r)

Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ w
Vorname(n)			
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität	
Vollständige Anschrift		Tel.	
		Fax	
		E-Mail	
Derzeitiger Beruf			

Versicherte Person

Wenn Sie als Antragsteller auch versicherte Person sind, dann machen Sie bitte zusätzlich folgende Angaben:

Tarifauswahl EXPAT INFINITY	☐ Basic ☐ Classic ☐ Premium	Selbstbehalt	☐ 0 € ☐ 250 € ☐ 500 € ☐ 1.000 €
Geplantes Aufenthaltsland		Länderzone	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

So ermitteln Sie die Länderzone und den Monatsbeitrag:

1. Ermitteln Sie die Länderzone Ihres geplanten Aufenthaltslandes anhand der Tabelle zu den Länderzonen auf Seite A.1 / 8
2. Ermitteln Sie den Monatsbeitrag anhand der Beitragstabellen auf den Seiten A.1 / 10-12
3. Bitte beachten Sie, dass je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung bei Antragsstellung ggf. Risikozuschläge erhoben werden können. Somit kann der anhand der Beitragstabelle ermittelte Beitrag vom tatsächlichen Beitrag abweichen. In diesem Fall erhalten Sie selbstverständlich ein Info von uns.

Ort, Datum

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

Stand: 01.09.2019 • Versicherer: Würzburger Versicherungs-AG • Versicherungsnehmerin: BDAE Expat GmbH

Mitzuversichernde Angehörige

Angehörige/r 1

Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ w
Vorname(n)			
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität	

Tarifauswahl EXPAT INFINITY	☐ Basic ☐ Classic ☐ Premium	Selbstbehalt	☐ 0 € ☐ 250 € ☐ 500 € ☐ 1.000 €
Geplantes Aufenthaltsland		Länderzone	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

Angehörige/r 2

Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ w
Vorname(n)			
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität	

Tarifauswahl EXPAT INFINITY	☐ Basic ☐ Classic ☐ Premium	Selbstbehalt	☐ 0 € ☐ 250 € ☐ 500 € ☐ 1.000 €
Geplantes Aufenthaltsland		Länderzone	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

Ort, Datum

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

Stand: 01.09.2019 • Versicherer: Würzburger Versicherungs-AG • Versicherungsnehmerin: BDAE Expat GmbH

Angaben zum Zahlungsverkehr

☐ Lastschrifteinzug

Bitte füllen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat aus und senden Sie dieses gemeinsam mit dem Antrag an uns zurück.

☐ Überweisung (im Voraus)

Zahlweise	☐ jährlich ☐ halbjährlich (+ 2 %)

☐ Kreditkarte (+ 6 %)

Nachname, Vorname(n) Kreditkarteninhaber			
Kreditkarte	☐ Master-/Eurocard ☐ Visa ☐ Diners	gültig bis	
Kartennummer		Zahlweise	☐ jährlich ☐ halbjährlich (+ 2 %) ☐ vierteljährlich (+ 3 %) ☐ monatlich (+ 5 %)

Aus Sicherheitsgründen benötigen wir noch Ihre Kreditkartenprüfnummer. Bitte übermitteln Sie diese telefonisch unter +49-40-30 68 74-0 oder schicken Sie uns diese in einer separaten E-Mail an info@bdae.com (Die Kreditkartennummer sollte dabei nicht mit aufgeführt werden!). Aus datenschutzrechtlichen Gründen machen wir Sie darauf aufmerksam, dass die Versendung per E-Mail unverschlüsselt erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift des Kreditkarteninhabers

Hiermit beantrage(n) ich/wir Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherung (VB Teil I und Teil II – Würzburger Versicherungs-AG). Dieser Antrag gilt für das Produkt EXPAT INFINITY und für die aufgeführten Personen durch Anmeldung als versicherte Personen beim Versicherer.

Bitte kreuzen Sie an und bestätigen Sie, dass Sie

☐ die Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II) sowie die Information zum Widerrufsrecht gelesen und akzeptiert haben.

Ort, Datum

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

Stand: 01.09.2019 • Versicherer: Würzburger Versicherungs-AG • Versicherungsnehmerin: BDAE Expat GmbH

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich die BDAE Holding GmbH, welche von der BDAE Expat GmbH zur Vertragsverwaltung sowie zum Inkasso bevollmächtigt ist, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BDAE Holding GmbH für den Versicherer gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug ist erkennbar an der Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000131378 sowie an der persönlichen Mandatsreferenznummer, welche auf der Versicherungsbestätigung mitgeteilt wird. Der Einzug erfolgt, je nach gewählter Zahlweise, zum 1. eines Monats.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht angenommen.

Zudem gelten folgende Regelungen:

- Der Gesamtbeitrag ist entsprechend der unten gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Beitragsschuldner ist der Versicherungsberechtigte gegenüber der Versicherungsnehmerin und die Versicherungsnehmerin gegenüber dem Versicherer.
- Der Beitrag ist nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn, fällig. Mir ist bekannt, dass die Versicherungsnehmerin im Falle einer vom Versicherungsberechtigten zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung des jeweils fälligen Beitrages und Nebenkosten die oben aufgeführten Personen nicht beim Versicherer als versicherte Person anmeldet, bzw. wieder abmeldet. Mir ist bekannt, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.
- In dem Falle, dass der Beitragszahler nicht identisch mit dem Versicherungsberechtigten / der versicherten Person ist, obliegt es dem Versicherungsberechtigten / der versicherten Person, den Beitragszahler über die mitgeteilten Informationen in Kenntnis zu setzen.
- Die Vorabinformation über den Einzug der fälligen Beiträge erfolgt durch die an den Versicherungsberechtigten gerichtete Versicherungsbestätigung. Hierbei werden die Beiträge, Zeitpunkt der Fälligkeit, Gläubiger-Identifikationsnummer und Mandatsreferenznummer mitgeteilt.

Gültig für Beiträge ab (TT.MM.JJJJ)				
Angaben zum Beitragszahler	Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ w
	Vorname(n)			
	Vollständige Anschrift			
	Tel.			
	IBAN			
	BIC/SWIFT		Bank	
	Zahlweise	☐ jährlich	☐ halbjährlich (+ 2 %)	☐ vierteljährlich (+ 3 %) ☐ monatlich (+ 5 %)

Angaben zur versicherten Person	Nachname (falls abweichend vom Beitragszahler)		Geschlecht	☐ m ☐ w
	Vorname(n) (falls abweichend vom Beitragszahler)			
	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Versicherungsnummer(n) (sofern vorhanden)	

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Stand: 11.09.2019

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 Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird der Versicherer Sie in seiner Mitteilung hinweisen.

4. **Ausübung der Rechte des Versicherers (§ 21 VVG)**

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

5. **Arglistige Täuschung (§ 22 VVG)**

   Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

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

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

Ort, Datum

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

Stand: 01.09.2019

EINWILLIGUNG

in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflicht-entbindungserklärung 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 Würzbuger 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 Vertragsschluss.

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:

Stand: 01.09.2019

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 Risikooder 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 selbstständige 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.

Stand: 01.09.2019

Ort, Datum

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

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

gegenüber der Würzburger Versicherungs-AG (Versicherer)

Sofern Sie 60 Jahre oder älter sind, ist das ärztliche Zeugnis von Ihrem Arzt in Verbindung mit einer Untersuchung auszufüllen und mit dem Antrag einzureichen. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. des Versicherungsberechtigten zu tragen. Sollte der zur Verfügung stehende Platz im Formular nicht ausreichen, nutzen Sie bitte unsere Anlage.

Zu versichernde Person

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

1. Allgemein:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
1.a	Haben Sie die Person bereits vor dem heutigen Tag untersucht, beraten oder behandelt?	☐ Ja ☐ Nein	
1.b	Größe:	cm	
	Gewicht:	kg	
1.c	Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
1.d	Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
1.e	Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
1.f	Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
1.g	Ist das Reflexverhalten normal?	☐ Ja ☐ Nein	
1.h	Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
1.i	Hat die Schilddrüse eine normale Form?	☐ Ja ☐ Nein	
1.j	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stand:01.09.2019

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

2. Herz, Kreislauf:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
2.a	Puls in Ruhe		
	Puls nach 10 Kniebeugen		
	Rückkehr zur Norm in	Minuten	
2.b	Blutdruck in Ruhe	/ mm Hg	
	Blutdruck nach 10 Kniebeugen	/ mm Hg	
2.c	Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	☐ Ja ☐ Nein	
2.d	Besteht eine Arrhytmie?	☐ Ja ☐ Nein	
2.e	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	☐ Ja ☐ Nein	
2.f	Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	☐ Ja ☐ Nein	
2.g	Besteht Dyspnoe?	☐ Ja ☐ Nein	

3. Gefäße:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
3.a	Bestehen Ödeme?	☐ Ja ☐ Nein	
3.b	Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? Wenn ja: Art?/Umfang?	☐ Ja ☐ Nein	
3.c	Bestehen Narben, Ulcera? Wenn ja: Art?/Umfang?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stand: 01.09.2019

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

4. Atmungsorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
4.a	Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? Wenn ja: Seit wann?/Umfang?	☐ Ja ☐ Nein	
4.b	Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	☐ Ja ☐ Nein	
4.c	Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	☐ Ja ☐ Nein	
4.d	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	

5. Verdauungs-/Bauchorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
5.a	Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	☐ Ja ☐ Nein	
5.b	Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	☐ Ja ☐ Nein	
5.c	Ist die Leber vergrößert?	☐ Ja ☐ Nein	
5.d	Ist die Milz vergrößert?	☐ Ja ☐ Nein	
5.e	Besteht ein Bruchleiden?	☐ Ja ☐ Nein	
5.f	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stand:01.09.2019

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

6. Harn-/Geschlechtsorgane:

			Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
6.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?		☐ Ja ☐ Nein	
6.b	Harnuntersuchung	Eiweiß	☐ Ja ☐ Nein	Sediment:
		Zucker	☐ Ja ☐ Nein	
		Ubg. vermehrt	☐ Ja ☐ Nein	
	Äußere Beschaffenheit: Pathologische Bestandteile:			

7. Sonstiges:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
7.a	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	☐ Ja ☐ Nein	
7.b	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

BDAE Expat GmbH
Kühnehöfe 3 • 22761 Hamburg • Deutschland
Tel.: +49-40-30 68 74-0
Fax: +49-40-30 68 74-90
E-Mail: info@bdae.com
Web: www.bdae.com
Sitz der Gesellschaft: Hamburg • HRB 122052
Amtsgericht Hamburg • Geschäftsführer: Philipp Belau

ANGABEN ZUM ZAHNSTATUS

gegenüber der Würzburger Versicherungs-AG (Versicherer)

Sofern Sie 60 Jahre oder älter sind und den Tarif **EXPAT INFINITY CLASSIC** oder **EXPAT INFINITY PREMIUM** abschließen möchten, sind die Angaben zum Zahnstatus von Ihrem Zahnarzt in Verbindung mit einer Untersuchung auszufüllen und mit dem Antrag einzureichen. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. des Versicherungsberechtigten zu tragen.

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

1. Zähne:

Befund des gesamten Gebisses

1.a	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																

Befundangaben/Legende

f	fehlende Zähne	**K**	vorhandene Kronen	**s**	sanierungsbedürftige Zähne
e	bereits ersetzte Zähne	**b**	vorhandene Brückenglieder	**)(**	Lückenschluss

		Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Zahnarzt), Befunde	Wann? (TT.MM.JJJJ)
1.b	Bestehen Zahnfleischerkrankungen?	☐ Ja ☐ Nein		

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

Stand:01.09.2019

ANLAGE ZUM ÄRZTLICHEN ZEUGNIS

Sollte der Platz im Formular nicht ausreichen, nutzen Sie bitte zusätzlich diese Anlage.

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes/Zahnarztes

BDAE Expat GmbH
Kühnehöfe 3 • 22761 Hamburg • Deutschland
Tel.: +49-40-30 68 74-0
Fax: +49-40-30 68 74-90
E-Mail: info@bdae.com
Web: www.bdae.com
Sitz der Gesellschaft: Hamburg • HRB 122052
Amtsgericht Hamburg • Geschäftsführer: Philipp Belau

ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

gegenüber der Würzburger Versicherungs-AG (Versicherer)

Zu versichernde Person/Versicherungsberechtigte(r):

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

Bitte beantworten Sie die folgenden Frageblöcke. Geben Sie bitte auch an, was als unwesentlich bzw. nicht als Krankheit empfunden wurde. Auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt oder nur Arzneimittel eingenommen wurden bzw. keine Arbeitsunfähigkeit deswegen bestand. Zu Fragen, die Sie mit „Ja" beantwortet haben, machen Sie bitte ergänzende Angaben in unserer „Anlage zu den Angaben zum Gesundheitszustand".

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Beschwerden, Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden bezogen auf:

		Antwort
1.a	die Atmungsorgane (z. B. Allergie, Heuschnupfen, Nasennebenhöhlenerkrankung, Kehlkopf-, Rippenfellerkrankung, Schlafapnoe)?	☐ Ja ☐ Nein
1.b	das Herz oder die Kreislauforgane/Gefäße (z. B. Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Bluthochdruck [Werte größer 140/90mmHg], Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Lymphödem)?	☐ Ja ☐ Nein
1.c	die Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen), die Nieren oder die Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin)?	☐ Ja ☐ Nein
1.d	die Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; z. B. Sodbrennen, Magenschmerzen [häufiger als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Vorkommen von Blut im Stuhl)?	☐ Ja ☐ Nein
1.e	Stoffwechselfunktionen (z. B. Diabetes-Erkrankungen, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)?	☐ Ja ☐ Nein
1.f	die Augen?	☐ Ja ☐ Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angaben: ☐ Kurzsichtigkeit ☐ Weitsichtigkeit — Dioptrien — links	dpt
	Dioptrien — rechts	dpt
1.g	andere Augenerkrankungen (z. B. Laserbehandlung, Katarakt [Grauer Star], Glaukom [Grüner Star], Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung)?	☐ Ja ☐ Nein
1.h	die Ohren (z. B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus], Hörsturz)?	☐ Ja ☐ Nein
1.i	die Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (z. B. Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie [umgangssprachlich: Weichteilrheuma])?	☐ Ja ☐ Nein
1.j	den Rücken oder Nacken (z. B. Bandscheiben-, Wirbelsäulenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie [Hals-Arm-Schmerz])?	☐ Ja ☐ Nein
1.k	die Haut (z. B. Allergie, Ekzeme, Neurodermitis, Flechten)?	☐ Ja ☐ Nein
1.l	das Blut (z. B. Gerinnungsstörungen), die Drüsen (z. B. Schilddrüse; z. B. Hormonstörung) oder die Milz?	☐ Ja ☐ Nein
1.m	das Gehirn (z. B. Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz) oder die Nerven (z. B. Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose)?	☐ Ja ☐ Nein
1.n	die Psyche (z. B. Schlafstörung [mehr als 5 Mal im Monat], Angst-, Essstörung, Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)?	☐ Ja ☐ Nein
1.o	Tumore (auch gutartige) oder Krebserkrankungen (auch Lymphome, Leukämie)?	☐ Ja ☐ Nein
1.p	Infektionskrankheiten (z. B. Mandelentzündung, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten) (länger als 1 Monat oder mehr als 4 Mal im Jahr)?	☐ Ja ☐ Nein

Stand: 01.09.2019

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

2. Ergänzende Fragen zum Gesundheitszustand

			Antwort
2.a	Nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** regelmäßig Medikamente ein (d. h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schmerz-, Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?		☐ Ja ☐ Nein
2.b	Wird oder wurde **in den letzten 5 Jahren** regelmäßig Alkohol konsumiert (d. h. durchschnittlich häufiger als jeden zweiten Tag)?		☐ Ja ☐ Nein
2.c	Werden oder wurden **in den letzten 5 Jahren** regelmäßig Drogen (auch Canabis) genommen?		☐ Ja ☐ Nein
2.d	Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?		☐ Ja ☐ Nein
2.e	Sind Sie **in den letzten 5 Jahren** durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen oder Krankengymnasten) untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Vorsorge / Checkup, Strahlen-, Chemotherapie)?		☐ Ja ☐ Nein
2.f	Fand **in den letzten 10 Jahren** eine stationäre Behandlung statt (z. B. Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung durch einen Arzt in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?		☐ Ja ☐ Nein
2.g	Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z. B. im Rahmen eines Aids-Tests oder steht ein Testergebnis noch aus?		☐ Ja ☐ Nein
2.h	Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, bitte auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)?		☐ Ja ☐ Nein
2.i	Wie groß sind Sie und was wiegen Sie?	Größe	
		Gewicht	
2.j	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind, oder steht fest, dass Zähne gezogen werden müssen? Zähne, die noch nicht dauerhaft / nur provisorisch ersetzt sind, zählen als fehlende Zähne. Weisheitszähne oder Zähne, bei denen die Lücke durch benachbarte Zähne komplett geschlossen wurde, zählen nicht als fehlende Zähne.		☐ Ja ☐ Nein
2.k	Wird oder wurde **in den letzten 5 Jahren** eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt?		☐ Ja ☐ Nein
2.l	Sind Zahnersatz oder On-/Inlays vorhanden?		☐ Ja ☐ Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:	herausnehmbare Prothese (Anzahl der betroffenen Zähne)	
		Brücke(n) (Anzahl der betroffenen Zähne)	
		Kronen/Venneers/On-/Inlays (Anzahl)	
		Implantate (Anzahl)	
2.m	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?		☐ Ja ☐ Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angabe:	Schwangerschaftswoche	
2.n	Welcher Arzt und Zahnarzt kann über Ihren Gesundheitszustand am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?		

Wichtiger Hinweis zu Ihren Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beachten Sie, dass es sehr wichtig ist, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben. Durch Ihre eigenhändige Unterschrift bestätigen Sie, dass die vorstehende Erklärung Bestandteil des Versicherungsantrags ist.

Wenn Sie Gesundheitsangaben falsch oder gar nicht anzeigen (oder mitunter vergessen), können sich für den Versicherer Anfechtungs-, Rücktritts-, Vertragsanpassungs- oder Kündigungsmöglichkeiten ergeben. Diese sogenannte vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung kann dazu führen, dass Sie im Leistungsfall keinen Versicherungsschutz haben und der Versicherer vom Vertrag zurücktreten kann.

Bei Fragen dazu kontaktieren Sie bitte unsere Kundenbetreuung oder Ihren Versicherungsmakler.

Stand: 01.09.2019

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

ANLAGE ZU DEN ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

Bitte machen Sie hier ergänzende Angaben zu allen Fragen, die Sie im Gesundheitsfragebogen mit „Ja“ beantwortet haben.

Zu versichernde Person

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

Frage	Details zu Diagnose, Erkrankung, Unfall, Medikament	Zeitraum	Behandler/Heilstätte (Name/Anschrift)

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Stand: 01.09.2019

BDAE Expat GmbH
Kühnehöfe 3 • 22761 Hamburg • Deutschland
Tel.: +49-40-30 68 74-0
Fax: +49-40-30 68 74-90
E-Mail: info@bdae.com
Web: www.bdae.com
Sitz der Gesellschaft: Hamburg • HRB 122052
Amtsgericht Hamburg • Geschäftsführer: Philipp Belau