EXPAT INFINITY

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

F.A.Z. INSTITUT
BESTER SERVICE
BDAE
Basis: Anbieterreputation
04/2026
faz.net/bester-service

30 JAHRE BDAE

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:

Für Neukund*innen

sales@bdae.com

+49 40-30 68 74-11

Für Bestandskund*innen

Kundenservice@bdae.com

+49 40-30 68 74-12

Makler & Vertriebspartner

makler@bdae.com

+49 40-30 68 74-12

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

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsbedingungen **A**

- Produktinformationsblatt gem. § 4 VVG-Info-VO A.1
- Produktspezifische Versicherungsbedingungen A.2
- Allgemeine Versicherungsbedingungen A.3
- Erläuterung zur Gruppenversicherung A.4

Ergänzende Leistungen **B**

- Patienten-Rechtsschutzversicherung B.1
- Medizinische Assistance B.2
- My BDAE-App B.4
- Feel Good Package B.5

Antragsunterlagen **C**

- Wichtige Hinweise zur Antragsstellung C.1
- Antrag C.2
- SEPA-Lastschriftmandat C.2.1
- Widerrufsbelehrung C.3
- Datenschutzinformation C.4
- Einwilligungserklärung gem. DSGVO C.5
- Schweigepflichtentbindung C.6
- Belehrung zu den Gesundheitsangaben gem. VVG und Angaben zum Gesundheitszustand C.7
- Anlage zu den Angaben zum Gesundheitszustand C.7.1

Auslandskrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BDAE Expat GmbH
Produkt: **EXPAT INFINITY BASIC**

Dieses Blatt dient nur zu Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen auf Basis einer Gruppenversicherung Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die während eines Auslandsaufenthaltes auftreten.

Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle während Ihres Aufenthaltes im vereinbarten Zonenbereich. Versichert sind zum Beispiel:

- ✔ Stationäre Heilbehandlungen
- ✔ Arznei-, Verband- und Heilmittel
- ✔ Lebenserhaltende Hilfsmittel
- ✔ Krankentransport
- ✔ Repatriierungen (Rücktransport)
- ✔ Überführung im Todesfall

Anwartschaft

- ✔ Durch den Abschluss einer Anwartschaft erwerben Sie das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung den vollen Versicherungsschutz eines in der Anwartschaft stehenden Produktes aufleben zu lassen.

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Immunisierungsmaßnahmen
- ✖ Schäden durch die aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnlichen Ereignissen, inneren Unruhen
- ✖ Eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung
- ✖ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren

Anwartschaft

- ✖ Während der Anwartschaftszeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Ambulante Heilbehandlungen
- ✖ Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
- ✖ Stationäre Unterbringung eines Elternteil als Begleitperson für Kinder bis einschl. 12 Jahre
- ✖ Zahnmedizinische Heilbehandlungen
- ✖ Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung
- ✖ Zahnersatz/Kieferorthopädie
- ✖ Vorsorgeuntersuchung
- ✖ Allgemeine Check-ups
- ✖ Impfungen
- ✖ Schwangerschaft und Entbindung
- ✖ Unfruchtbarkeitsbehandlungen
- ✖ Hilfsmittel
- ✖ Sehhilfen und Sehtests
- ✖ Augenlasern
- ✖ Psychotherapie
- ✖ Nachhaftung
- ✖ Angeborene Leiden

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Höchstalter bei Versicherungseintritt: maximal 67 Jahre
- ! Der Jahreshöchstbetrag beträgt 1.000.000 Euro
- ! Arznei-, Verband- und Heilmittel sind nur im Rahmen von stationären Heilbehandlungen versichert.
- ! Medizinisch notwendiger Rücktransport innerhalb eines Kontinents ist bis 5.000 Euro und kontinentübergreifend bis 10.000 Euro versichert.
- ! Es gibt einige Fälle, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann, zum Beispiel:
- ! Wenn Sie oder eine versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls können wir die Leistung kürzen.
- ! Haben Sie ein Produkt mit Selbstbeteiligung beantragt, müssen Sie diese im Falle eines Leistungsfalles selbst tragen.

Wo bin ich versichert?

- Versicherungsschutz besteht in der jeweils vereinbarten Länderzone (Zone 1, 2, 3 oder 4).
- Der Versicherungsschutz besteht 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.
- Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den USA und in Ländern einer übergeordneten Zone besteht für maximal 6 Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf.
- Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht für bis zu 6 Monaten (kumuliert) pro Versicherungsjahr Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen in den Antragsdokumenten sowie zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Den Versicherungsbeitrag müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Im Versicherungsfall müssen Sie uns vollständige und wahrheitsgemäße Informationen geben.
- Sie müssen die Kosten des Schadens gering halten (Schadenminderungspflicht).

Wann und wie zahle ich?

Die Beiträge sind nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungbeginn fällig und zahlbar. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.

Sie können die Beiträge überweisen oder die Ermächtigung erteilen, die Beiträge von Ihrem SEPA-Konto einziehen zu lassen. Ebenso besteht die Möglichkeit, die Beiträge per Kreditkarte zu bezahlen. Unterjährige Zahlweisen sind gegen einen Zahlungszuschlag möglich.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), welcher in der Versicherungsbestätigung angegeben ist, jedoch nicht vor Zahlung der Beiträge und nicht vor Ablauf der Wartezeit sowie nicht vor Beginn des Aufenthaltes im vereinbarten Aufenthaltsland.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses. Zudem endet die Deckung auch mit Abmeldung der versicherten Person aus dem Gruppenvertrag, mit dem Tod der versicherten Person, mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, oder letztendlich wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wurde.

Anwartschaft

Eine Anwartschaft beginnt zum 1. eines Monats, jedoch nicht vor Erfüllung bedingungsgemäßer 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. Möchten Sie den Versicherungsschutz aufleben lassen, muss dies spätestens einen Monat vor Beginn des gewünschten Datums bekannt gegeben werden.

Die Anwartschaftszeit wird auf tarifliche Fristen und Wartezeiten angerechnet.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

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.

Anwartschaft

Die Anwartschaft kann jederzeit, auch ohne aufleben lassen eines Tarifes, gekündigt werden. Sie endet dann mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats.

Versicherer:
Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich

Versicherungsnehmer:
BDAE Expat GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Deutschland

Versicherte Person/Versicherter:
Personen die in den Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen wurden und hierüber eine Bestätigung erhalten haben.

Format: © European Union, 2017

Auslandskrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BDAE Expat GmbH
Produkt: **EXPAT INFINITY CLASSIC**

Dieses Blatt dient nur zu Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen auf Basis einer Gruppenversicherung Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die während eines Auslandsaufenthaltes auftreten.

Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle während Ihres Aufenthaltes im vereinbarten Zonenbereich. Versichert sind zum Beispiel:

- ✔ Ambulante Heilbehandlungen
- ✔ Stationäre Heilbehandlungen
- ✔ Arznei-, Verband- und Heilmittel
- ✔ Zahnmedizinische Heilbehandlungen
- ✔ Einmalige zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung
- ✔ Ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder
- ✔ Impfungen für Kinder
- ✔ Ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- ✔ Allgemeine Check-ups für Erwachsene
- ✔ Hilfsmittel
- ✔ Sehhilfen und Sehtests
- ✔ Krankentransport
- ✔ Repatriierungen (Rücktransport)
- ✔ Überführung im Todesfall
- ✔ Nachhaftung
- ✔ Angeborene Leiden

Anwartschaft

- ✔ Durch den Abschluss einer Anwartschaft erwerben Sie das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung den vollen Versicherungsschutz eines in der Anwartschaft stehenden Produktes aufleben zu lassen.

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
- ✖ Stationäre Unterbringung eines Elternteil als Begleitperson für Kinder bis einschl. 12 Jahre
- ✖ Zahnersatz/Kieferorthopädie
- ✖ Impfungen für Erwachsene
- ✖ Schwangerschaft und Entbindung
- ✖ Unfruchtbarkeitsbehandlungen
- ✖ Augenlasern
- ✖ Psychotherapie

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Immunisierungsmaßnahmen
- ✖ Schäden durch die aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnlichen Ereignissen, inneren Unruhen
- ✖ Eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung
- ✖ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren

Anwartschaft

- ✖ Während der Anwartschaftszeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Höchstalter bei Versicherungseintritt: maximal 75 Jahre
- ! Ambulante Heilbehandlungen sind bis max. 20.000 Euro pro Versicherungsjahr versichert.
- ! Impfungen sind nur für Kinder im Rahmen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen bis zu 1.000 Euro pro Versicherungsjahr versichert.
- ! Hilfsmittel sind bis 80%, max. 1.000 Euro pro Versicherungsjahr versichert.
- ! Sehhilfen sind bis max. 50 Euro pro Versicherungsjahr versichert.
- ! Medizinisch notwendiger Rücktransport innerhalb eines Kontinents ist bis 5.000 Euro und kontinentübergreifend bis 10.000 Euro versichert.
- ! Nachhaftung bis maximal 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes
- ! Es gibt einige Fälle, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann, zum Beispiel:
- ! Wenn Sie oder eine versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls können wir die Leistung kürzen.
- ! Haben Sie ein Produkt mit Selbstbeteiligung beantragt, müssen Sie diese im Falle eines Leistungsfalles selbst tragen.

Wo bin ich versichert?

- Versicherungsschutz besteht in der jeweils vereinbarten Länderzone (Zone 1, 2, 3 oder 4).
- Der Versicherungsschutz besteht 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.
- Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den USA und in Ländern einer übergeordneten Zone besteht für maximal 6 Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf.
- Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht für bis zu 6 Monaten (kumuliert) pro Versicherungsjahr Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen in den Antragsdokumenten sowie zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Den Versicherungsbeitrag müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Im Versicherungsfall müssen Sie uns vollständige und wahrheitsgemäße Informationen geben.
- Sie müssen die Kosten des Schadens gering halten (Schadenminderungspflicht).

Wann und wie zahle ich?

Die Beiträge sind nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungbeginn fällig und zahlbar. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.

Sie können die Beiträge überweisen oder die Ermächtigung erteilen, die Beiträge von Ihrem SEPA-Konto einziehen zu lassen. Ebenso besteht die Möglichkeit, die Beiträge per Kreditkarte zu bezahlen. Unterjährige Zahlweisen sind gegen einen Zahlungszuschlag möglich.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), welcher in der Versicherungsbestätigung angegeben ist, jedoch nicht vor Zahlung der Beiträge und nicht vor Ablauf der Wartezeit sowie nicht vor Beginn des Aufenthaltes im vereinbarten Aufenthaltsland.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses. Zudem endet die Deckung auch mit Abmeldung der versicherten Person aus dem Gruppenvertrag, mit dem Tod der versicherten Person, mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, oder letztendlich wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wurde.

Anwartschaft

Eine Anwartschaft beginnt zum 1. eines Monats, jedoch nicht vor Erfüllung bedingungsgemäßer 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. Möchten Sie den Versicherungsschutz aufleben lassen, muss dies spätestens einen Monat vor Beginn des gewünschten Datums bekannt gegeben werden.

Die Anwartschaftszeit wird auf tarifliche Fristen und Wartezeiten angerechnet.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

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.

Anwartschaft

Die Anwartschaft kann jederzeit, auch ohne aufleben lassen eines Tarifes, gekündigt werden. Sie endet dann mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats.

Versicherer:
Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich

Versicherungsnehmer:
BDAE Expat GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Deutschland

Versicherte Person/Versicherter:
Personen die in den Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen wurden und hierüber eine Bestätigung erhalten haben.

Format: © European Union, 2017

Auslandskrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BDAE Expat GmbH
Produkt: **EXPAT INFINITY PREMIUM**

Dieses Blatt dient nur zu Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen auf Basis einer Gruppenversicherung Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die während eines Auslandsaufenthaltes auftreten.

Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle während Ihres Aufenthaltes im vereinbarten Zonenbereich. Versichert sind zum Beispiel:

- ✔ Ambulante Heilbehandlungen
- ✔ Stationäre Heilbehandlungen
- ✔ Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
- ✔ Stationäre Unterbringung eines Elternteil als Begleitperson für Kinder bis einschl. 12 Jahre
- ✔ Arznei-, Verband- und Heilmittel
- ✔ Zahnmedizinische Heilbehandlungen
- ✔ Zweimalige zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung
- ✔ Zahnersatz/Kieferorthopädie
- ✔ Ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder
- ✔ Ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- ✔ Allgemeine Check-ups
- ✔ Impfungen
- ✔ Schwangerschaft und Entbindung
- ✔ Unfruchtbarkeitsbehandlungen
- ✔ Hilfsmittel
- ✔ Sehhilfen und Sehtests
- ✔ Augenlasern
- ✔ Psychotherapie
- ✔ Krankentransport
- ✔ Repatriierungen (Rücktransport)
- ✔ Überführung im Todesfall
- ✔ Nachhaftung
- ✔ Angeborene Leiden

Anwartschaft

- ✔ Durch den Abschluss einer Anwartschaft erwerben Sie das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung den vollen Versicherungsschutz eines in der Anwartschaft stehenden Produktes aufleben zu lassen.

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Immunisierungsmaßnahmen
- ✖ Schäden durch die aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnlichen Ereignissen, inneren Unruhen
- ✖ Eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung
- ✖ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren

Anwartschaft

- ✖ Während der Anwartschaftszeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Höchstalter bei Versicherungseintritt: maximal 75 Jahre
- ! Medizinisch sinnvoller Rücktransport innerhalb eines Kontinents ist bis 5.000 Euro und kontinentübergreifend bis 10.000 Euro versichert.
- ! Nachhaftung bis maximal 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes
- ! Es gibt einige Fälle, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann, zum Beispiel:
- ! Wenn Sie oder eine versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls können wir die Leistung kürzen.
- ! Haben Sie ein Produkt mit Selbstbeteiligung beantragt, müssen Sie diese im Falle eines Leistungsfalles selbst tragen.
- ! Innerhalb der Wartezeiten erhalten Sie keine Versicherungsleistungen. Die Wartezeiten treffen nur auf bestimmte Leistungen zu.
- ! Einige der versicherten Leistungen sind begrenzt. Die genauen Höchstsummen entnehmen Sie bitte den produktspezifischen Versicherungsbedingungen.

Wo bin ich versichert?

- ✔ Versicherungsschutz besteht in der jeweils vereinbarten Länderzone (Zone 1, 2, 3 oder 4).
- ✔ 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.
- ✔ Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den USA und in Ländern einer übergeordneten Zone besteht für maximal 6 Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf.
- ✔ Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht für bis zu 6 Monaten (kumuliert) pro Versicherungsjahr Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen in den Antragsdokumenten sowie zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Den Versicherungsbeitrag müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Im Versicherungsfall müssen Sie uns vollständige und wahrheitsgemäße Informationen geben.
- Sie müssen die Kosten des Schadens gering halten (Schadenminderungspflicht).

Wann und wie zahle ich?

Die Beiträge sind nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungbeginn fällig und zahlbar. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.

Sie können die Beiträge überweisen oder die Ermächtigung erteilen, die Beiträge von Ihrem SEPA-Konto einziehen zu lassen. Ebenso besteht die Möglichkeit, die Beiträge per Kreditkarte zu bezahlen. Unterjährige Zahlweisen sind gegen einen Zahlungszuschlag möglich.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), welcher in der Versicherungsbestätigung angegeben ist, jedoch nicht vor Zahlung der Beiträge und nicht vor Ablauf der Wartezeit sowie nicht vor Beginn des Aufenthaltes im vereinbarten Aufenthaltsland.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses. Zudem endet die Deckung auch mit Abmeldung der versicherten Person aus dem Gruppenvertrag, mit dem Tod der versicherten Person, mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, oder letztendlich wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wurde.

Anwartschaft

Eine Anwartschaft beginnt zum 1. eines Monats, jedoch nicht vor Erfüllung bedingungsgemäßer 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. Möchten Sie den Versicherungsschutz aufleben lassen, muss dies spätestens einen Monat vor Beginn des gewünschten Datums bekannt gegeben werden.

Die Anwartschaftszeit wird auf tarifliche Fristen und Wartezeiten angerechnet.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

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.

Anwartschaft

Die Anwartschaft kann jederzeit, auch ohne aufleben lassen eines Tarifes, gekündigt werden. Sie endet dann mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats.

Versicherer:
Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich

Versicherungsnehmer:
BDAE Expat GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Deutschland

Versicherte Person/Versicherter:
Personen die in den Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen wurden und hierüber eine Bestätigung erhalten haben.

Format: © European Union, 2017

Versicherungsbedingungen

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

Leistungsbeschreibung

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
	Jahreshöchstbetrag	1.000.000 Euro	unbegrenzt	unbegrenzt
A1	**Ambulante Heilbehandlung**	Keine Leistung	**100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen und -diagnostiken sowie ärztlich verordnete alternative und komplementärmedizinische Behandlungsmethoden durch Osteopathen, TCM-Therapeuten, Heilpraktiker sowie Homöopathen im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand, höchstens jedoch bis 20.000 Euro pro Versicherungsjahr. Aufwendungen für Leistungen der Osteopathie, der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) sowie für Heilpraktiker- und Homöopathen Leistungen – unabhängig davon, ob diese durch die vorgenannten Berufsgruppen oder durch sonstige Behandelnde, insbesondere Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation, erbracht werden – sowie für in diesem Zusammenhang ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel und sonstige Präparate und Zubereitungen (z.B. TCM-Arzneimittel, Tees, Kräutermischungen, Globuli) werden zusammen als Gesamtsumme betrachtet und hierbei bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000 Euro pro Versicherungsjahr erstattet (siehe auch Punkt A3). Dieser Betrag ist Bestandteil des vorgenannten Höchstbetrages von 20.000 Euro und wird auf diesen angerechnet.	**100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen und -diagnostiken sowie ärztlich verordnete alternative und komplementärmedizinische Behandlungsmethoden durch Osteopathen, TCM-Therapeuten, Heilpraktiker sowie Homöopathen im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand. Aufwendungen für Leistungen der Osteopathie, der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) sowie für Heilpraktiker- und Homöopathen Leistungen – unabhängig davon, ob diese durch die vorgenannten Berufsgruppen oder durch sonstige Behandelnde, insbesondere Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation, erbracht werden – sowie für in diesem Zusammenhang ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel und sonstige Präparate und Zubereitungen (z.B. TCM-Arzneimittel, Tees, Kräutermischungen, Globuli) werden zusammen als Gesamtsumme betrachtet und hierbei bis zu einem Betrag von insgesamt EUR 3.000 Euro pro Versicherungsjahr erstattet (siehe auch Punkt A3).

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.10.2026

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
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. Eine Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/Operation. Für darüber hinausgehende Rehabilitationsmaßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.	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. Eine Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/Operation. Für darüber hinausgehende Rehabilitationsmaßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.	a) **100%** für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Einbettzimmer in der einfachsten Form, soweit möglich. b) **100%** für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) Als Ersatz bzw. zur Abkürzung eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes werden nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten die Kosten für eine häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung pro Versicherungsjahr bis zu 90 Tage, höchstens jedoch bis 100 Euro pro Tag, übernommen. Die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung muss zusätzlich zur ärztlichen Heilbehandlung erfolgen und darf nur von einer zur Pflegekraft ausgebildeten Person übernommen werden. Die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung darf nicht für eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden. d) **100%** der Kosten für die Unterbringung eines Elternteils als Begleitperson bei der stationären Behandlung versicherter Kinder in einem Alter bis einschließlich 12 Jahre. Eine bestehende Versicherung beim BDAE ist für das unterzubringende Elternteil nicht erforderlich. e) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung. Eine Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/Operation. Für darüber hinausgehende Rehabilitationsmaßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.
A3	**Arznei-, Verband- und Heilmittel**	Im Rahmen von stationären Heilbehandlungen (Punkt A2).	**100%**, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig. Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie sonstige Präparate und Zubereitungen (insbesondere TCM-Arzneimittel, Tees, Kräutermischungen, Globuli), die im Zusammenhang mit einer Behandlung der in Punkt A1 genannten Art verordnet wurden – unabhängig davon, ob die Behandlung durch Osteopathen, TCM-Therapeuten, Heilpraktiker, Homöopathen oder sonstige Behandelnde, insbesondere Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation, erbracht wurde – fallen unter das in Punkt A1 genannte gemeinsame Sublimit von 2.000 Euro und werden darüber hinaus nicht gesondert erstattet.	**100%,** soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig. Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie sonstige Präparate und Zubereitungen (insbesondere TCM-Arzneimittel, Tees, Kräutermischungen, Globuli), die im Zusammenhang mit einer Behandlung der in Punkt A1 genannten Art verordnet wurden – unabhängig davon, ob die Behandlung durch Osteopathen, TCM-Therapeuten, Heilpraktiker, Homöopathen oder sonstige Behandelnde, insbesondere Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation, erbracht wurde – fallen unter das in Punkt A1 genannte gemeinsame Sublimit von 3.000 Euro und werden darüber hinaus nicht gesondert erstattet.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.10.2026

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A4	**Zahnmedizinische Heilbehandlung**	Keine Leistung	a) **100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert. b) Pro Versicherungsjahr 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 Versicherungsjahr 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 Versicherungsjahr.
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 Vorsorgeimpfungen bis zum 18. Lebensjahr bis zu 1.000 Euro pro Versicherungsjahr. b) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen sowie allgemeine Check-ups bis 1.000 Euro pro Versicherungsjahr und pro versicherte Person.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für a) ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder inklusive aller Vorsorgeimpfungen bis zum 18. Lebensjahr bis zu 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Reiseschutzimpfungen für Kinder bis zum 18. Lebensjahr sind bis zu 250 Euro pro Versicherungsjahr inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen versichert. b) Impfungen, inklusive Reiseschutzimpfungen ab dem 18. Lebensjahr, inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen. c) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen. d) allgemeine Check-ups für Erwachsene Pro Versicherungsjahr sind die unter b) - d) genannten Untersuchungen insgesamt bis 2.000 Euro pro versicherte Person versichert.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.10.2026

	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) **100%** der Kosten für die Unterbringung des Ehe-/Lebenspartners bei stationären Entbindungen, sofern dieser auch im Produkt EXPAT INFINITY PREMIUM 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 im Produkt EXPAT INFINITY PREMIUM seit mindestens 24 Monaten versichert sein.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.10.2026

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A9	**Hilfsmittel**	Lebenserhaltende Hilfsmittel und deren Reparaturkosten sind, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, ohne Limitierung versichert.	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. Lebenserhaltende Hilfsmittel und deren Reparaturkosten sind, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, ohne Limitierung versichert.	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. Lebenserhaltende Hilfsmittel und deren Reparaturkosten sind, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, ohne Limitierung versichert.
A10	**Sehhilfen inkl. Sehtest**	Keine Leistung	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 300 Euro pro versicherter Person geleistet. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. 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 besteht nach einer Wartezeit von 12 Monaten Versicherungsschutz für eine Laserbehandlung zur Korrektur von Fehlsichtigkeit. Mitversichert sind die für diesen Eingriff medizinisch notwendigen Untersuchungen sowie die Behandlungen vor und nach der Laserbehandlung. Erstattet werden die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 Euro je Auge und je 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: 01.10.2026

	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. 2q und unter Beachtung von C12 besteht Versicherungsschutz für Behandlungen aufgrund angeborener Leiden.	Abweichend von VB Teil I, § 6 Abs. 2q 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.

Stand: 01.10.2026

Vertragliche Grundlagen

C1	**Versicherer**	Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich		
C2	**Versicherungsnehmerin**	BDAE Expat GmbH		
C3	**Versicherungsberechtigte**	Natürliche Personen		
C4	**Versicherbare Personen**	Natürliche Personen, die ihren ständigen Aufenthaltsort außerhalb des Heimatlandes haben sowie deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß der VB Teil I, § 1 gegeben ist. Das Heimatland ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in welchem sie für gewöhnlich ihren Lebensmittelpunkt vor dem Auslandsaufenthalt hat. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner/Lebensgefährten und Kinder. Familienangehörige, die die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes besitzen, können mitversichert werden. Das Höchstaufnahmealter beträgt in der Produktvariante EXPAT INFINITY BASIC 67 Jahre und in den Produktvarianten EXPAT INFINITY CLASSIC und PREMIUM 75 Jahre. Das Höchstaufnahmealter für die Anwartschaft beträgt 75 Jahre.		
C5	**Vertragliche Grundlagen**	Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil I und Teil II (EXPAT INFINITY).		
C6	**Geltungsbereich**	Versicherungsschutz besteht im jeweils vereinbarten Aufenthaltsland. Hierzu muss pro versicherter Person eine Länderzone (Zone 1, 2, 3 oder 4) gewählt werden, welche abhängig vom geplanten Aufenthaltsland ist sowie von den Ländern, in denen die versicherte Person Leistungen in vollem Umfang in Anspruch nehmen möchte (=Behandlungsland). Der Versicherungsschutz besteht somit im vollen Umfang für all die Länder, die der gewählten Zone zugeordnet sind sowie in allen Ländern, die sich in einer der darunterliegenden Zonen befinden. Die Prüfung, ob die Versicherung den gesetzlichen oder lokalen Bestimmungen des Aufenthaltes- oder Wohnsitzlandes genügt, obliegt dem Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person. Nicht versicherbar sind dauerhafte Aufenthalte in den Ländern und Regionen, die in der Tabelle „Länderzonen“ als nicht versicherbar gekennzeichnet sind sowie in Deutschland. a) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den nicht versicherbaren Ländern gemäß der Tabelle „Länderzonen“ und in Ländern einer übergeordneten Zone besteht Versicherungsschutz für maximal sechs Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf. Für Krankheiten, deren Behandlung bereits vor der Einreise feststand, besteht kein Versicherungsschutz. Für Behandlungen die über die sechs Wochen hinaus notwendig werden, besteht kein Versicherungsschutz. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. b) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht Versicherungsschutz für bis zu sechs Monate (kumuliert) pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. Bei dauerhafter Verlegung des ständigen Aufenthaltes in das Heimatland kann der Versicherungsschutz aufrechterhalten bleiben, sofern diese Versicherung den gesetzlichen und lokalen Bestimmungen des Aufenthaltes- oder Wohnsitzlandes genügt. Die Prüfung dessen obliegt dem Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person. Bei Verlegung des ständigen Aufenthaltes in die nicht versicherbaren Länder gemäß der Tabelle „Länderzonen“ oder nach Deutschland muss die Versicherung zum Ende des aktuellen Versicherungsjahres 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 müssen für jede zu versichernde Person die Angaben zum Gesundheitszustand vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt werden. Ausgenommen hiervon sind Neugeborene gemäß VB Teil I, § 4, Abs. 2. 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, VB Teil I, § 5, Abs. 4 sowie § 6, Abs. 2a und 2q 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/oder 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**	**EXPAT INFINITY CLASSIC**	**EXPAT INFINITY PREMIUM**
		Keine Wartezeit	12 Monate für Sehhilfen	8 Monate für Entbindung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen. 12 Monate für Sehhilfen und Augenlaserbehandlungen. 24 Monate für Unfruchtbarkeitsbehandlungen.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.10.2026

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 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. 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. d) Verstirbt der Versicherungsberechtigte, so kann ein Familienangehöriger dessen Stellung als Versicherungsberechtigter übernehmen. Voraussetzung hierfür ist die Vorlage eines geeigneten Nachweises über den Todesfall sowie die Einreichung der vollständig ausgefüllten und vom neuen Versicherungsberechtigten unterzeichneten Antragsunterlagen. Die Beantwortung von Gesundheitsfragen ist in diesem Zusammenhang nicht erforderlich. Der neue Versicherungsberechtigte muss volljährig sein; eine Staatsangehörigkeit des jeweiligen Aufenthaltslandes ist zulässig.

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.

Liegt der Versicherungsbeginn nicht auf dem ersten Tag eines Monats oder das Versicherungsende nicht auf dem letzten Tag eines Monats, wird der Beitrag anteilig der versicherten Tage in dem entsprechenden Monat berechnet.

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.

Ergänzend zu dieser Regelung beträgt in der Produktvariante **EXPAT INFINITY BASIC** der Selbstbehalt **20%** des Rechnungsbetrages für alle erstattungsfähigen Kosten in den auf den nächsten Seiten aufgeführten Krankenhäusern in Hongkong, Singapur und Thailand. Hierbei leistet der Versicherer den versicherten Personen die erstattungsfähigen Kosten abzüglich des jeweiligen Selbstbehaltes bis zur vereinbarten Höhe. Ausgenommen von dieser Regelung sind lebensbedrohlich notfall- sowie unfallbedingte Behandlungen.

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

Definition eines lebensbedrohlichen Notfalls:

Ein lebensbedrohlicher Notfall liegt vor, wenn ein plötzliches, unvorhersehbares Ereignis oder eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt, die ohne sofortige medizinische Maßnahmen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit:

- unmittelbar zum Tod führen,
- unmittelbar eine schwerwiegende dauerhafte gesundheitliche Schädigung verursachen, oder
- unmittelbar die Funktionsfähigkeit lebenswichtiger Organe erheblich beeinträchtigen würde.

Nicht als Notfall gelten:

- Zustände oder Beschwerden, die keine unmittelbare Lebensgefahr darstellen
- Erkrankungen, deren Diagnose oder Behandlung planbar ist, wie chronische Krankheiten,
- Situationen, deren Behandlung aufgeschoben werden kann, ohne schwerwiegende gesundheitliche Folgen zu riskieren.

Definition eines Unfalls:

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Der Unfallbegriff beinhaltet damit fünf Merkmale: Ereignis, Gesundheitsschädigung, plötzlich, von außen, unfreiwillig. Darüber hinaus bedingt dieser Unfall bei der versicherten Person eine sofortige medizinische Maßnahme und eine unmittelbare Behandlung. Unmittelbar heißt innerhalb von 48 (achtundvierzig) Stunden nach der direkten Ursache des Unfalls.

Krankenhäuser, die in der Produktvariante **EXPAT INFINITY BASIC** dem ergänzenden Selbstbehalt unterliegen

Hongkong

Adventist Medical Center - Causeway Bay, Hongkong, Causeway Bay, 28 Yun Ping Rd, Hong Kong

Adventist Medical Center - Taikoo Place, 119/F Oxford House Taikoo Place, 979 King's Rd, Quarry Bay, Hong Kong

Gleneagles Healthcare South Horizons, Unit 121, 1/F, Marina Square, The West Commercial Block, 12A South Horizon Drive, Ap Lei Chau, Hong Kong

Gleneagles Healthcare Wong Chuk Hang, 10/F, Marina 8, 8 Heung Yip Rd, Wong Chuk Hang, Hong Kong

Gleneagles Hospital Hong Kong, 1 Nam Fung Path, Wong Chuk Hang, Hong Kong

Gleneagles Medical Clinic Central, Unit 2008B, 20/F, New World Tower 1, 16-18 Queen's Road Central, Central, Hong Kong

HKSH Cancer Centre, 1/F, Li Shu Fan Block, 2 Village Road, Happy Valley, Hong Kong

HKSH Eastern Medical Centre, 5 A Kung Ngam Village Road, Shau Kei Wan, Hong Kong

HKSH Healthcare Medical Centre, 21-23/F, One Pacific Place, 88 Queensway, Admiralty, Hong Kong

Hong Kong Adventist Hospital – Stubbs Road, 40 Stubbs Rd, Happy Valley, Hong Kong

Hong Kong Baptist Hospital, 222 Waterloo Road, Kowloon Tong, Hong Kong

Hong Kong Sanatorium & Hospital, 2 Village Road, Happy Valley, Hong Kong

Matilda International Hospital, 41 Mount Kellett Road, The Peak, Hong Kong

Matilda Medical Centre, 3/F, Prosperity Tower, 39 Queen's Road Central, Central, Hong Kong

Stand: 01.10.2026

Singapur

Farrer Park Hospital, 1 Farrer Park Station Rd, #02-01 Connexion, Singapur 217562

Gleneagles Hospital Singapore, 6A Napier Road, Singapore 258500

KK Women's and children's hospital in Singapur, 100 Bukit Timah Rd, Singapur 229899

Mount Elizabeth Hospital (Orchard), 3 Mount Elizabeth, Singapore 228510

Mount Elizabeth Novena Hospital, 38 Irrawaddy Road, Singapore 329563

Mount Elizabeth Fertility Centre @ The Heeren, 260 Orchard Rd #05-01, The Heeren, Singapore 238855

Mount Elizabeth Haematology and Stem Cell Transplant Centre @ The Heeren, 260 Orchard Rd #05-01, The Heeren, Singapore 238855

Parkway East Hospital, 321 Joo Chiat Place, Singapore 427990

Parkway MediCentre, 11 Bidadari Park Drive, The Woodleigh Mall, #02-25/26/27 Singapore 367803

Parkway Shenton Medical Clinic, 9 Raffles Place, #02-04/05, Republic Plaza, Singapore 048619

Parkway Shenton Medical Clinic, 1 Wallich Street, #31-01, Guoco Tower, Singapore 078881

Raffles Hospital, 585 North Bridge Road, #11-00, Singapore 188770

Thailand

Bangkok Heart Hospital, 2 Soi Soonvijai 7 New Petchburi Road, Huaykwang 10310

Bangkok Hospital Chanthaburi International, 25/14 Thaluang Road, Wat Mai, Mueang Chanthaburi, Chanthaburi 22000

Bangkok Hospital Chiang Mai, 88/8-9 Moo 6, Superhighway Chiang Mai - Lampang, Tambon Nong Pa Khrang, Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai 50000

Bangkok Hospital Chiang Rai, 369 Moo 13 Phahonyothin road, Nang Lae, Mueang Chiang Rai, Chiang Rai 57100

Bangkok Hospital Hat Yai, 75 Soi 15/2 Phetkasem Rd, Tambon Hat Yai, Hat Yai District, Songkhla 90110

Bangkok Hospital Hua Hin, 888 Petchkasem Rd., Hua Hin Prachuapkhirikhan 77110

Bangkok Hospital Khon Kaen, 888 Moo 16 Maliwan Road, Nai Mueang Subdistrict, Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen 40000

Bangkok Hospital Medical Center, 2 Soi Phetchaburi 47 Yaek 10, Bang Kapi, Huai Khwang, Bangkok 10310

Bangkok Hospital Muangraj, 59 3 Na Muang, Mueang Ratchaburi, Ratchaburi 70000

Bangkok Hospital Pakchong, 5/1 Mitrapap Road Nongsarai, Nakhon Ratchasima 30130

Bangkok Hospital Pattaya, 5th floor, Building e, 301 Moo 6 Sukhumvit Road, Km. 143, Banglamung, Chonburi 20150

Bangkok Hospital Pattaya, 301 Moo 6 Sukhumvit Road, Km. 143, Banglamung, Chonburi, Thailand 20150

Bangkok Hospital Phetchaburi, 150 Phet Kasem Rd, Ton Mamuang, Mueang Phetchaburi District, Phetchaburi 76000

Bangkok Hospital Phitsanulok, 138 Pra Ong Dam Rd, Nai Mueang, Mueang Phitsanulok District, Phitsanulok 65000,

Bangkok Hospital Phuket, 2/1 Hongyok Utis Road, Muang District, Phuket, 83000

Bangkok Hospital Ratchasima, 1308, 9 Thanon Mittraphap, Tambon Nai Mueang, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima 30000

Bangkok Hospital Rayong, 8 Moo2 Noen Phra Sub-district, Mueang Rayong District, Rayong 21000, Thaïlande

Bangkok Hospital Samui, 57 Moo 3 Thaweerat Phakdee Rd, Amphoe Koh Sa-mui, Surat Thani 84320

Bangkok Hospital Sanamchan, 1194 Phet Kasem Rd, Sanam Chan Sub-district, Mueang Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom 73000

Bangkok Hospital Siriroj, 44 Chalermprakiat Ror 9 Rd Phuket 83000

Bangkok Hospital Surat, 179,179/1 Moo 1, Wat Pradu, Muang Surat Thani, Surat Thani 84000

Bangkok Hospital Trat, 376 Moo 2 Sukhumvit Road, Wangkrajae, Muangtrat 23000

Bangkok Hospital Udon, 111 Thong-yai Road, Mak-Khaeng Sub-district, Muang District, Udon Thani, 41000

Bdms Wattanasoth Cancer Hospital, 2 Soi Soonvijai 7, New Petchburi Rd., Huaykwang, Bangkok 10310

Bnh Hospital, 9/1 Convent Rd, Silom, Bang Rak, Bangkok 10500

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

Bumrungrad International Hospital, 33 Soi Sukhumvit 3, Khlong Toei Nuea, Watthana, Bangkok 10110 Wattana 10110

Jomtien Hospital, 234/1 Moo 11 Nongprue, Bang Lamung District, Chonburi 20150

Phyathai 1 Hospital, 364 1 Thanon Si Ayutthaya, Thanon Phaya Thai, Ratchathewi, Bangkok 10400

Phyathai 2 International Hospital, 943 Phahonyothin Rd, Phaya Thai, Bangkok 10400

Phyathai 3 Hospital, 111 Phet Kasem Rd, Pak Khlong Phasi Charoen, Phasi Charoen, Bangkok 10160

Phyathai Nawamin Hospital, 44/505 Nawamin Rd, Nuan Chan, Bueng Kum, Bangkok 10230

Samitivej Chinatown Hospital, 624 Yaowarat Rd, Samphanthawong, Bangkok 10100

Samitivej Chonburi Hospital, 888/88 Village No.3, Sukhumvit Road, Ban Suan, Mueang District, Chonburi, 20000

Samitivej International Children's Hospital, 488 Srinagarindra Rd, Suan Luang, Bangkok 10250

Samitivej Srinakarin Hospital, 488 Srinagarindra Rd, Suan Luang, Bangkok 10250

Samitivej Sriracha Hospital, 8 Soi Lamkaet, Si Racha District, Chon Buri 20110

Samitivej Sukhumvit Hospital, 133 Sukhumvit 49, Klongtan Nua, Vadhana, Bangkok 10110

Samitivej Suvarnabhumi Clinic, Suvarnabhumi Airport, Gate 3 on the 3rd floor, 999 Moo 1, Nongprue, Bang Phli District, Samut Prakan 10540

Samitivej Thonburi Hospital, 337 Somdet Phra Chao Tak Sin Rd, Samre, Thon Buri, Bangkok 10600

Samitivj Children's Hospital Sukhumvit, 133 Sukhumvit 49, Klongtan Nua, Vadhana, Bangkok 10110

Vejthani Hospital, 1 Soi Lat Phrao 111, Khlong Chan, Bang Kapi District, Bangkok 10240

Vichaiyut Hospital, 53 Set Siri Road, Phayathai, Bangkok 10400

Wattanasoth Hospital, 2 Soi Soonvijai 7, New Petchburi Rd., Huaykwang, Bangkok 10310

Stand: 01.10.2026

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. Großbritannien, Schweiz oder Brasilien).

Für Versicherte in niedrigeren Länderzonen gilt eine Besonderheit: Im Notfall sind Sie auch in Ländern einer höheren 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

Ägypten	1
Belgien	2
Griechenland	3
Großbritannien	4

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10				
11 - 20				
21 - 25				
26 - 30				
31 - 35				
36 - 40			156 €	
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 Griechenland (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 156 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 156 Euro erhoben.

Stand: 01.10.2026

Länderzonen

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

Abchasien	1
Afghanistan	1
Ägypten	1
Åland	2
Albanien	1
Algerien	1
Amerikanisch-Samoa	*nicht versicherbar*
Andorra	2
Angola	2
Anguilla	2
Antarktis	2
Antigua und Barbuda	1
Äquatorialguinea	1
Argentinien	2
Armenien	1
Aruba	2
Aserbaidschan	2
Äthiopien	1
Australien	3
Bahamas	4
Bahrain	2
Bangladesch	1
Barbados	2
Belarus	2
Belgien	2
Belize	1
Benin	1
Bermuda	1
Bhutan	1
Bolivien	2
Bonaire, Saba und Sint Eustatius	2
Bosnien und Herzegowina	2
Botswana	1
Bouvet-Insel	*nicht versicherbar*
Brasilien	4
Britische Territorien im Indischen Ozean	4
Brunei	1
Bulgarien	2
Burkina Faso	1
Burundi	1
Chile	2
China	3
Cookinseln	1
Costa Rica	2
Curaçao	2
Dänemark	2
Deutschland	*eingeschränkt versicherbar*
Dominica	1
Dominikanische Republik	2
Dschibuti	2
Ecuador	2
El Salvador	1
Elfenbeinküste	1
Eritrea	1
Estland	1
Falklandinseln (Malvinen)	4
Färöer	2
Fidschi	1
Finnland	2
Frankreich	2
Französische Süd- und Antarktisgebiete	*nicht versicherbar*
Französisch-Guyana	2
Französisch-Polynesien	3
Gabun	1
Gambia	1
Georgien	2
Ghana	1
Gibraltar	4
Grenada	1
Griechenland	3
Grönland	3
Großbritannien	4
Guadeloupe	2
Guam	*nicht versicherbar*
Guatemala	2
Guernsey	4
Guinea	1
Guinea-Bissau	1
Guyana	1
Haiti	1
Heard- und McDonald-Inseln	*nicht versicherbar*
Honduras	1
Hongkong	4
Indien	1
Indonesien	1
Irak	1
Iran	1
Irland	3
Island	2
Isle of Man	4
Israel	3
Italien	3
Jamaika	1
Japan	3
Jemen	1
Jersey	4
Jordanien	1
Jungfern-Inseln (UK)	4
Jungfern-Inseln (USA)	*nicht versicherbar*
Kaimaninseln	2
Kambodscha	1
Kamerun	1
Kanada	3
Kap Verde	1
Kasachstan	2
Katar	3
Kenia	1
Kirgisistan	1
Kiribati	1
Kokos-Inseln	3
Kolumbien	2
Komoren	1
Kongo (Demokratische Republik)	1
Kongo (Republik)	1
Kosovo	1
Kroatien	2
Kuba	1
Kuwait	2
Laos	1
Lesotho	1
Lettland	2
Libanon	2
Liberia	1
Libyen	1
Liechtenstein	2
Litauen	1
Luxemburg	2
Macão	3
Madagaskar	1
Malawi	1
Malaysia	2
Malediven	1
Mali	1
Malta	1
Marokko	1
Marshallinseln	1
Martinique	2
Mauretanien	1
Mauritius	1
Mayotte	1
Mexiko	3
Mikronesien	1
Moldawien	1
Monaco	3
Mongolei	1
Montenegro	1
Montserrat	4
Mosambik	2
Myanmar	1
Namibia	1
Nauru	1
Nepal	1
Neukaledonien	2
Neuseeland	3
Nicaragua	1
Niederlande	2
Niederländische Antillen	2
Niger	1
Nigeria	2
Niue	1
Nord Korea	1
Nördliche Marianen	*nicht versicherbar*
Nordmazedonien	1
Norfolkinsel	2

Stand: 01.10.2026

Norwegen	2
Oman	2
Österreich	3
Osttimor (Timor-Leste)	1
Pakistan	1
Palästina	1
Palau	1
Panama	2
Papua-Neuguinea	1
Paraguay	1
Peru	2
Philippinen	1
Pitcairn-Inseln	3
Polen	1
Portugal	3
Puerto Rico	*nicht versicherbar*
Réunion	3
Ruanda	1
Rumänien	1
Russland	3
Saint-Barthélemy	4
Salomonen	1
Sambia	1
Samoa	1
San Marino	1
São Tomé und Príncipe	1
Saudi-Arabien	2
Schweden	2
Schweiz	4
Senegal	1
Serbien	1
Seychellen	1
Sierra Leone	1
Simbabwe	1
Singapur	4
Sint Maarten	2
Slowakei	2
Slowenien	1
Somalia	1
Spanien	3
Sri Lanka	1
St. Helena	4
St. Kitts und Nevis	1
St. Lucia	1
St. Martin	4
St. Pierre und Miquelon	3
St. Vincent und die Grenadinen	1
Süd Georgia und die südlichen Sandwich Inseln	*nicht versicherbar*
Süd Korea	1
Südafrika	2
Sudan	1
Südossetien	1
Südsudan	1
Suriname	1
Svalbard und Jan Mayen	2
Swasiland	1
Syrien	1
Tadschikistan	1
Taiwan	3
Tansania	1
Thailand	3
Togo	1
Tokelau	3
Tonga	1
Trinidad und Tobago	1
Tschad	1
Tschechien	2
Tunesien	1
Türkei	3
Turkmenistan	1
Turks- und Caicosinseln	4
Tuvalu	1
Übrige Inseln im Pazifik der USA	*nicht versicherbar*
Uganda	1
Ukraine	2
Ungarn	2
Uruguay	2
USA	*nicht versicherbar*
Usbekistan	1
Vanuatu	3
Vatikanstadt	1
Venezuela	2
Vereinigte Arabische Emirate	3
Vietnam	2
Wallis und Futuna	2
Weihnachtsinsel	3
Westsahara	1
Zentralafrikanische Republik	1
Zypern	2

Stand: 01.10.2026

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	98 €	110 €	142 €	220 €
11 - 20	98 €	110 €	142 €	220 €
21 - 25	107 €	119 €	149 €	218 €
26 - 30	120 €	133 €	169 €	246 €
31 - 35	135 €	149 €	190 €	281 €
36 - 40	143 €	157 €	203 €	298 €
41 - 45	157 €	173 €	222 €	327 €
46 - 50	172 €	189 €	242 €	357 €
51 - 55	190 €	207 €	266 €	394 €
56 - 60	219 €	239 €	303 €	452 €
61 - 65	274 €	295 €	384 €	576 €
66 - 70	314 €	348 €	453 €	678 €
71 - 75	390 €	432 €	568 €	851 €
76 - 80	475 €	524 €	689 €	1.032 €
81 - 85	594 €	652 €	860 €	1.290 €
>85	728 €	823 €	1.084 €	1.626 €

Selbstbehalt 250 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	56 €	68 €	96 €	174 €
11 - 20	56 €	68 €	96 €	174 €
21 - 25	63 €	75 €	105 €	172 €
26 - 30	77 €	90 €	123 €	201 €
31 - 35	92 €	106 €	146 €	235 €
36 - 40	100 €	114 €	156 €	251 €
41 - 45	114 €	129 €	175 €	280 €
46 - 50	129 €	144 €	194 €	309 €
51 - 55	146 €	164 €	218 €	347 €
56 - 60	173 €	193 €	254 €	402 €
61 - 65	225 €	247 €	330 €	522 €
66 - 70	264 €	300 €	399 €	627 €
71 - 75	341 €	383 €	515 €	799 €
76 - 80	426 €	474 €	635 €	978 €
81 - 85	545 €	604 €	806 €	1.236 €
>85	679 €	775 €	1.030 €	1.573 €

Selbstbehalt 500 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	146 €
11 - 20	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	146 €
21 - 25	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	145 €
26 - 30	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	172 €
31 - 35	nicht wählbar	nicht wählbar	118 €	206 €
36 - 40	nicht wählbar	nicht wählbar	130 €	223 €
41 - 45	nicht wählbar	nicht wählbar	147 €	251 €
46 - 50	nicht wählbar	118 €	165 €	280 €
51 - 55	119 €	136 €	189 €	317 €
56 - 60	145 €	165 €	224 €	373 €
61 - 65	196 €	216 €	298 €	490 €
66 - 70	235 €	269 €	367 €	593 €
71 - 75	311 €	352 €	483 €	765 €
76 - 80	396 €	444 €	602 €	946 €
81 - 85	515 €	573 €	774 €	1.204 €
>85	649 €	744 €	998 €	1.539 €

Selbstbehalt 1.000 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar
11 - 20	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar
21 - 25	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar
26 - 30	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar
31 - 35	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	151 €
36 - 40	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	167 €
41 - 45	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	196 €
46 - 50	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	225 €
51 - 55	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	262 €
56 - 60	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	315 €
61 - 65	nicht wählbar	155 €	237 €	428 €
66 - 70	176 €	208 €	306 €	530 €
71 - 75	250 €	292 €	420 €	701 €
76 - 80	337 €	384 €	541 €	883 €
81 - 85	456 €	512 €	713 €	1.142 €
>85	588 €	683 €	936 €	1.476 €

Stand: 01.10.2026

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	137 €	140 €	178 €	265 €
11 - 20	137 €	140 €	178 €	265 €
21 - 25	150 €	158 €	193 €	275 €
26 - 30	172 €	181 €	219 €	316 €
31 - 35	199 €	210 €	256 €	369 €
36 - 40	211 €	222 €	272 €	395 €
41 - 45	233 €	246 €	301 €	438 €
46 - 50	255 €	269 €	329 €	479 €
51 - 55	281 €	298 €	365 €	535 €
56 - 60	318 €	336 €	409 €	606 €
61 - 65	404 €	433 €	555 €	808 €
66 - 70	480 €	526 €	673 €	975 €
71 - 75	576 €	642 €	818 €	1.185 €
76 - 80	691 €	773 €	1.008 €	1.461 €
81 - 85	842 €	942 €	1.244 €	1.831 €
>85	1.112 €	1.244 €	1.638 €	2.420 €

Selbstbehalt 250 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	101 €	105 €	140 €	220 €
11 - 20	101 €	105 €	140 €	220 €
21 - 25	114 €	123 €	155 €	230 €
26 - 30	137 €	146 €	182 €	272 €
31 - 35	162 €	174 €	218 €	322 €
36 - 40	175 €	186 €	233 €	349 €
41 - 45	196 €	210 €	263 €	392 €
46 - 50	217 €	232 €	290 €	435 €
51 - 55	243 €	260 €	327 €	488 €
56 - 60	279 €	296 €	371 €	558 €
61 - 65	365 €	392 €	510 €	755 €
66 - 70	440 €	486 €	629 €	923 €
71 - 75	535 €	600 €	774 €	1.133 €
76 - 80	652 €	733 €	965 €	1.410 €
81 - 85	802 €	902 €	1.200 €	1.779 €
>85	1.073 €	1.204 €	1.595 €	2.368 €

Selbstbehalt 500 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	77 €	81 €	116 €	194 €
11 - 20	77 €	81 €	116 €	194 €
21 - 25	91 €	100 €	131 €	203 €
26 - 30	113 €	122 €	158 €	244 €
31 - 35	138 €	150 €	193 €	295 €
36 - 40	151 €	162 €	209 €	321 €
41 - 45	172 €	186 €	238 €	364 €
46 - 50	194 €	207 €	264 €	404 €
51 - 55	220 €	235 €	301 €	459 €
56 - 60	254 €	271 €	345 €	529 €
61 - 65	338 €	366 €	481 €	723 €
66 - 70	414 €	460 €	600 €	891 €
71 - 75	508 €	576 €	745 €	1.101 €
76 - 80	624 €	707 €	936 €	1.378 €
81 - 85	775 €	876 €	1.171 €	1.748 €
>85	1.046 €	1.177 €	1.566 €	2.335 €

Selbstbehalt 1.000 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	141 €
11 - 20	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	141 €
21 - 25	nicht wählbar	nicht wählbar	nicht wählbar	149 €
26 - 30	nicht wählbar	nicht wählbar	96 €	192 €
31 - 35	nicht wählbar	nicht wählbar	128 €	239 €
36 - 40	88 €	98 €	144 €	266 €
41 - 45	110 €	121 €	174 €	309 €
46 - 50	130 €	142 €	200 €	349 €
51 - 55	155 €	170 €	235 €	403 €
56 - 60	191 €	208 €	278 €	472 €
61 - 65	269 €	296 €	410 €	660 €
66 - 70	344 €	389 €	525 €	828 €
71 - 75	440 €	505 €	670 €	1.038 €
76 - 80	557 €	637 €	863 €	1.315 €
81 - 85	708 €	806 €	1.100 €	1.685 €
>85	977 €	1.108 €	1.490 €	2.273 €

Stand: 01.10.2026

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 Abschluss der Premium-Variante und Mitversicherung Ihrer Kinder in dieser Variante, erhalten Sie ab dem zweiten versicherten Kind einen Rabatt von 5% auf den monatlichen Beitrag Ihres zweiten Kindes. Ab dem dritten versicherten Kind erhalten Sie einen Rabatt von 7% auf den Monatsbeitrag des dritten Kindes. Für die Festlegung der Reihenfolge des ersten, zweiten, dritten Kindes sowie für weitere wird das Datum der Anmeldung herangezogen. Werden alle Kinder gleichzeitig angemeldet, erfolgt die Festlegung anhand des Alters (absteigend). Erreicht ein Kind die Volljährigkeit, entfällt der Rabatt zu dem Monat, in dem es 18 Jahre alt wird. Unterjährige An- und Abmeldungen wirken sich auf alle rabattierten Beiträge aus und werden unterjährig berücksichtigt.

ohne Selbstbehalt

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	219 €	234 €	287 €	442 €
11 - 20	219 €	234 €	287 €	442 €
21 - 25	243 €	255 €	309 €	453 €
26 - 30	277 €	290 €	354 €	521 €
31 - 35	319 €	337 €	421 €	619 €
36 - 40	339 €	382 €	479 €	703 €
41 - 45	374 €	429 €	540 €	791 €
46 - 50	406 €	473 €	584 €	856 €
51 - 55	448 €	521 €	643 €	944 €
56 - 60	529 €	616 €	767 €	1.153 €
61 - 65	662 €	767 €	974 €	1.404 €
66 - 70	775 €	895 €	1.141 €	1.641 €
71 - 75	904 €	1.050 €	1.334 €	1.913 €
76 - 80	1.130 €	1.316 €	1.668 €	2.386 €
81 - 85	1.356 €	1.583 €	2.001 €	2.860 €
>85	1.696 €	1.986 €	2.528 €	3.510 €

Selbstbehalt 250 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	169 €	183 €	235 €	388 €
11 - 20	169 €	183 €	235 €	388 €
21 - 25	192 €	204 €	257 €	398 €
26 - 30	227 €	240 €	302 €	469 €
31 - 35	267 €	285 €	365 €	561 €
36 - 40	287 €	330 €	423 €	596 €
41 - 45	322 €	377 €	484 €	692 €
46 - 50	354 €	420 €	529 €	759 €
51 - 55	396 €	467 €	588 €	854 €
56 - 60	475 €	563 €	711 €	1.096 €
61 - 65	606 €	710 €	913 €	1.343 €
66 - 70	719 €	839 €	1.080 €	1.580 €
71 - 75	847 €	994 €	1.273 €	1.851 €
76 - 80	1.074 €	1.260 €	1.606 €	2.325 €
81 - 85	1.300 €	1.526 €	1.940 €	2.799 €
>85	1.639 €	1.930 €	2.466 €	3.449 €

Selbstbehalt 500 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	129 €	144 €	194 €	345 €
11 - 20	129 €	144 €	194 €	345 €
21 - 25	153 €	166 €	216 €	356 €
26 - 30	187 €	202 €	262 €	427 €
31 - 35	227 €	244 €	324 €	519 €
36 - 40	246 €	289 €	381 €	601 €
41 - 45	282 €	338 €	441 €	691 €
46 - 50	314 €	380 €	486 €	757 €
51 - 55	355 €	427 €	544 €	844 €
56 - 60	435 €	521 €	667 €	1.050 €
61 - 65	562 €	666 €	865 €	1.295 €
66 - 70	674 €	797 €	1.033 €	1.531 €
71 - 75	804 €	949 €	1.225 €	1.805 €
76 - 80	1.030 €	1.216 €	1.559 €	2.279 €
81 - 85	1.256 €	1.482 €	1.891 €	2.753 €
>85	1.595 €	1.886 €	2.418 €	3.400 €

Selbstbehalt 1.000 €

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
0 - 10	108 €	122 €	141 €	292 €
11 - 20	108 €	122 €	141 €	292 €
21 - 25	102 €	116 €	165 €	303 €
26 - 30	137 €	151 €	210 €	372 €
31 - 35	175 €	193 €	269 €	462 €
36 - 40	195 €	238 €	325 €	545 €
41 - 45	231 €	286 €	385 €	635 €
46 - 50	262 €	327 €	429 €	699 €
51 - 55	304 €	374 €	488 €	788 €
56 - 60	381 €	468 €	610 €	991 €
61 - 65	505 €	610 €	804 €	1.235 €
66 - 70	618 €	739 €	970 €	1.470 €
71 - 75	748 €	893 €	1.164 €	1.743 €
76 - 80	974 €	1.159 €	1.498 €	2.218 €
81 - 85	1.199 €	1.426 €	1.830 €	2.691 €
>85	1.538 €	1.830 €	2.356 €	3.340 €

Stand: 01.10.2026

Beitragstabelle

Anwartschaftsbeiträge

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: 01.10.2026

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

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

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Gruppenversicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsberechtigte gestellt werden. Versicherungsberechtigte sind natürliche Personen gemäß den jeweils zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen.
2. Versicherbar sind natürliche Personen.
3. Nicht versicherbar sind
   a) bei Antragstellung dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
   b) Wenn während der Vertragslaufzeit bei einer Versicherten Person eine Pflegebedürftigkeit eintritt, erstattet die Versicherung ausschließlich für medizinisch notwendige Behandlungen. Pflegeleistungen, die nicht unmittelbar der medizinischen Behandlung dienen, einschließlich der Behandlung oder Unterbringung aufgrund von Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, es sei denn, sie sind zur Durchführung der medizinischen Behandlung erforderlich.
   c) Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
4. Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt nicht nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz in Deutschland.
5. Nicht versicherbar sind natürliche Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland, bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag die Gesamtversicherungsdauer aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von 5 Jahren überschritten hat.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
2. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen in Textform mitzuteilen.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Nimmt der Versicherer zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine Änderung des Beitrags, des Leistungsumfangs oder der Versicherungsbedingungen vor, steht den Versicherungsberechtigten sowie den versicherten Personen ein außerordentliches Kündigungsrecht zu. Die Kündigung ist der Versicherungsnehmerin innerhalb eines Monats nach Zugang der entsprechenden Änderungsmitteilung in Textform zu übermitteln
5. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes, sofern dieser entsprechende Versicherungstarife anbietet.
6. 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.
7. Wenn eine Sanktion, ein Verbot oder eine Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika verhängt wird, die den Versicherer direkt oder indirekt daran hindert, Versicherungsleistungen im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrags zu erbringen, hat der Versicherer bzw. die Versicherungsnehmerin ein außerordentliches Kündigungsrecht. Zudem können betroffene Personen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

§ 3 Beiträge, Leistungsanpassung, Versicherungsjahr

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

§ 4 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

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

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag und mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
   a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person in einem Land der vereinbarten Zone;
   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 während der vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
4. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird in den Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil II, Abschnitt C der Allianz Partners AWP Health & Life festgelegt.
5. 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;

Stand: 01.10.2026

c) mit dem Tod der versicherten Person;

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

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

f) sobald die im Produkt genannten Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;

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

§ 5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, den produktspezifischen Versicherungsbedingungen und den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

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

3. Sofern die jeweilige Variante entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:

   a) ärztliche Behandlungen einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat sowie Behandlungen wegen 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 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 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 eines Abhängigkeitssyndroms und deren Folgen;

   n) Selbstmordversuche und deren Folgen;

   o) Organspenden und deren Folgen;

   p) Zahnersatz (wie z. B. Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen,

Stand: 01.10.2026

Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;

q) angeborene Leiden. Angeborene Leiden sind Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, Störungen oder Fehlbildungen, die bereits bei der Geburt bestanden, unabhängig vom Vorliegen einer Diagnose.

3. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und Krankenanstalten oder Hebammen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherer den Versicherungsberechtigten und die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles über den nicht mehr zu erstattenden Behandler informiert hat. Sofern vor der Benachrichtigung ein Versicherungsfall eingetreten ist, besteht für den betroffenen Behandler die im jeweiligen Produkt festgelegte Leistungspflicht für maximal drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung.

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

5. Im Interesse aller Beteiligten werden geltende internationale Sanktionsvorschriften befolgt. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, Versicherungsschutz zu leisten oder Schäden abzudecken oder sonstige Leistungen unter diesem Vertrag zu erbringen, wenn die Leistung eines derartigen Versicherungsschutzes, die Bezahlung derartiger Schäden oder die Erbringung einer derartigen Leistung einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen würde.

§ 7 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles

   a) alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;

   b) alle Schäden, die voraussichtlich eine Summe von 5.000 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, dem Versicherer zeitnah nach deren Feststellung 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.

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

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

   c) Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen.

   d) Zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.

2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen vereinbart werden.

4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, auch nicht auf andere Weise eine Leistungsprüfung ermöglicht wird und der Versicherer hierdurch die Höhe und den Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Leistung nicht fällig.

6. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten infolge eines Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gehindert sind.

7. Ansprüche aus diesem Gruppenversicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 9 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

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

2. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung. Vereitelt die versicherte Person die Durchsetzung der Ansprüche durch Anerkenntnis o. ä., können die Ansprüche entsprechend gekürzt werden.

3. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung

Stand: 01.10.2026

gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

4. Der Versicherer und die Versicherungsnehmerin haften weder für die Auswahl noch für die Handlungen der gewählten Ärzte, Chirurgen, Anästhesisten, Krankenhäuser oder anderer Leistungserbringer wie z. B. Heilpraktiker und Hebammen. Ebenso haftet der Versicherer und die Versicherungsnehmerin nicht für Behandlungen, Ratschläge, medizinische Eingriffe oder für die Verordnung und Vergabe von Medikationen durch zuvor genannte Leistungserbringer.

§ 10 Aufrechnung

1. Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter oder versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
2. Entgegen § 35 VVG darf der Versicherer jedoch nicht mit Prämienansprüchen gegenüber anderen versicherten Personen aufrechnen.

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc). Die versicherte Person hat ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag gegen den Versicherer geltend zu machen. Die versicherte Person darf Ansprüche gegenüber dem Versicherer selbst dann geltend machen, wenn sie nicht im Besitz des Versicherungsscheines ist (abweichend von § 44 VVG).

§ 12 Anzuwendendes Recht/Vertragssprache

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

§ 13 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 14 Aufsichtsbehörde und Beschwerdestellen

Sollten Sie mit einer Leistung oder Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden sein oder bei Meinungsverschiedenheiten über die allgemeinen Bedingungen hat sich der Versicherungsberechtigte und/oder die versicherten Personen zunächst an ihren Vertreter des Vertrages unter der folgenden Adresse (oder einer weiteren auf der Website des Unternehmens angegebenen Adresse) zu wenden:

BDAE Holding GmbH
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg
Deutschland
E-Mail: kritik@bdae.com

Entspricht die vorgeschlagene Lösung nicht den Erwartungen des Versicherungsberechtigten und/oder der versicherten Person, kann eine Beschwerde, auch direkt beim Versicherer, per einfachem Brief oder E-Mail eingereicht werden:

AWP Health & Life S.A.
Kundenbetreuung
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
Frankreich
E-Mail: client.care@allianzworldwidecare.com

Zudem können für diesen Versicherungsvertrag Beschwerden bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sowie bei der französischen Aufsichtsbehörde (ACPR) eingereicht werden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
https://www.bafin.de

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09
Frankreich

AWP Health & Life SA ist Unterzeichner der Mediations-Charta des französischen Verbands der Versicherungsunternehmen. Daher hat der Versicherungsberechtigte, die versicherte Person und der Versicherungsnehmer im Falle einer anhaltenden und endgültigen Meinungsverschiedenheit die Möglichkeit, sich nach Ausschöpfung aller anderen möglichen gütlichen Rechtsbehelfe an den Schlichter des französischen Verbands der Versicherungsgesellschaften zu wenden, unbeschadet anderer möglicher rechtlicher Schritte, der unter der folgenden Adresse zu erreichen ist:

La Médiation de l'Assurance
TSA 50 110
75 441 Paris Cedex 09
https://www.mediation-assurance.org/

Die Einreichung einer Beschwerde berührt nicht das Recht, eine Klage vor dem zuständigen ordentlichen Gericht einzureichen.

Besondere Bedingungen für die Anwartschaft

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

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

§ 2 Gegenstand der Anwartschaft

Durch den Abschluss einer Anwartschaft erwirbt der 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. 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 Ver-

Stand: 01.10.2026

sicherungsschutz 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: 01.10.2026

ERLÄUTERUNG

zu den rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung

Die Besonderheiten eines Gruppenversicherungsvertrages

Der Versicherungsschutz wird im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags gewährt. Versicherungsnehmerin ist ein Unternehmen der BDAE-Gruppe (BDAE). Versicherer ist ein nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) zum Geschäftsbetrieb in Deutschland zugelassener Versicherer. Die versicherte Person erhält Versicherungsschutz durch den Beitritt zur Gruppe. Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gilt damit nicht direkt und unmittelbar für das Verhältnis zwischen der Versicherungsnehmerin und der versicherten Person.

Der Gruppenversicherungsvertrag sieht entsprechend den Vorgaben der Aufsichtsbehörde einige Verbesserungen der rechtlichen Situation der versicherten Person vor:

- Abweichend von § 44 Abs. 2 VVG hat die versicherte Person das Recht, Ansprüche direkt beim Versicherer des Gruppenversicherungsvertrags geltend zu machen.
- Abweichend von § 35 VVG kann der Versicherer nicht mit Forderungen aufrechnen, die nicht der versicherten Person zuzurechnen sind.
- Der versicherten Person werden alle nach § 7 VVG und der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen üblichen Informationen übermittelt.
- Die versicherte Person wird bei einer Änderung, auch Kündigung, des Gruppenversicherungsvertrags rechtzeitig unterrichtet.
- Die versicherte Person hat ein dem VVG ähnliches Widerrufsrecht.
- Für die versicherten Personen gilt der Gleichbehandlungsgrundsatz des § 138 Abs. 2 VAG.

Hinweis:
Die gesetzlichen Pflichten zur vorvertraglichen Anzeigepflicht sowie die Belehrung über die Folgen unrichtiger oder unvollständiger Angaben gemäß VVG werden im Rahmen der Antragstellung **gesondert und unmittelbar vor Abgabe der Gesundheitsangaben** zur Kenntnis gegeben.

Stand: 01.02.2026

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 Partners Deutschland GmbH zur Verfügung:

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

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

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

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

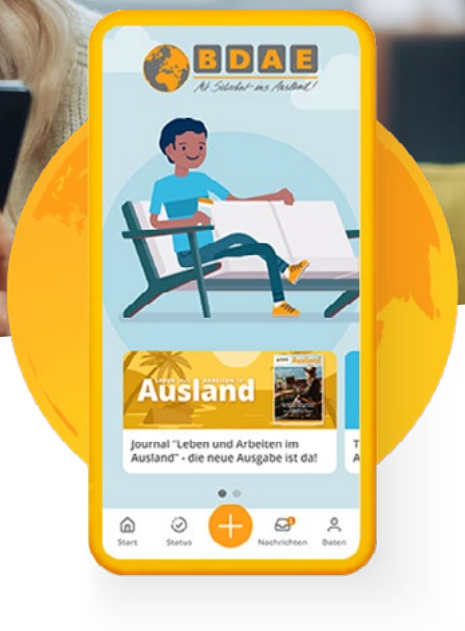
24h-Notfallbereitschaft des BDAE unter

+49-40-30 68 74-74

Stand: 13.04.2021

Die „My BDAE“-App

Ihr digitaler Begleiter rund um Ihre Auslandsversicherung



Mit unserer benutzerfreundlichen App können Sie Rechnungen und Belege schnell und unkompliziert einreichen und den Status Ihrer Schadensbearbeitung jederzeit einsehen.

Rechnungen und Belege bequem einreichen

Verabschieden Sie sich von Papierkram und langwierigen Prozessen. Mit der „My BDAE“ App können Sie Rechnungen und Belege schnell und unkompliziert direkt über Ihr Smartphone einreichen.

Den Bearbeitungsstatus immer im Blick

In der App können Sie den aktuellen Bearbeitungsstatus Ihrer eingereichten Dokumente jederzeit einsehen. Keine Unsicherheit mehr – Sie wissen immer genau, wie der Stand Ihrer Angelegenheit ist.

Hohe Datensicherheit

Ihre Daten werden sicher und verschlüsselt an uns übertragen. Wir gehen beim Schutz Ihrer Daten keine Kompromisse ein.

Für iOS und Android

Laden Sie die „My BDAE“ App im Apple App Store oder Google Play Store herunter.

JETZT BEI Google Play

Laden im App Store

Stand:25.09.2024

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

Mehr als eine Versicherung

Expats stehen vor vielen Herausforderungen

– wir unterstützen Sie dabei diese zu meistern

WORKPLACE **OPTIONS**

Als erster Anbieter in Deutschland bietet der BDAE gemeinsam mit Workplace Options unseren Versicherten im Ausland einen ganz besonderen länderübergreifenden und kostenfreien Service an: das **Feel Good Package**.

Kundinnen und Kunden, die im **EXPAT INFINITY** versichert sind, können jederzeit umfangreiche Beratungsleistungen zu vielen Themen rund um das psychische und physische Wohlbefinden in Anspruch nehmen.

Emotionale Unterstützung

- **Rund um die Uhr:** Diverse Beratungs- und Kriseninterventionsdienste vermitteln 24/7 und weltweit Unterstützung.
- **In eigener Hand:** Eine selbstgesteuerte computergestützte kognitive Verhaltenstherapie dient als Alternative zu telefonischer/persönlicher Beratung.
- **Förderung der Achtsamkeit:** Ein sechswöchiges telefonisches Programm, das u. a. die Stressbewältigung unterstützt, ist ebenso Teil der Leistungen.
- **Individuelle Einzelsitzungen:** Im Einzelfall helfen individuelle Sitzungen per Telefon oder Video mit max. 3 Sessions pro Fall bzw. Problem.

Praktische Unterstützung

- **Lebensberatung:** Sechs Sitzungen für persönliche und berufliche Themen wie z. B. die Erreichung von Karrierezielen, die Verbesserung von Zeitmanagement oder die Bewältigung von Lebensübergängen sind inklusive.
- **Arbeit und Leben im Einklang:** Beratungsleistungen oder eine personalisierte Recherche zu bspw. Themen des alltäglichen Lebens oder der Pflege von Angehörigen werden angeboten.
- **Website für Mitglieder:** Auf der Website, die in 27 Sprachen verfügbar ist, werden aktuelle Artikel, Videos, Webinare und vieles mehr angeboten.

Weitere Infos unter
www.bdae.com/feel-good-package

Stand:01.11.2024

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

WICHTIGE HINWEISE ZUR ANTRAGSTELLUNG

Damit wir Ihren Antrag zügig bearbeiten können, bitten wir Sie folgende Punkte bei der Antragstellung zu beachten:

Ausfüllen der Antragsunterlagen

- ☐ Sie haben **die Erläuterung über die rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung** zur Kenntnis genommen.
- ☐ Sie haben alle **Angaben im Antrag** vollständig und in **Druckbuchstaben** ausgefüllt und es liegen die **Unterschriften des Antragstellers** sowie aller **volljährigen zu versichernden Personen** vor.
- ☐ Sie - und ggf. alle zu versichernden Personen ab 16 Jahre - haben die **Einwilligungserklärung gemäß DSGVO** unterschrieben.
- ☐ Sie - und ggf. alle volljährig zu versichernden Personen - haben die **Schweigepflichtentbindung** zur Kenntnis genommen und diese unterschrieben.
- ☐ Sie - und ggf. alle volljährig zu versichernden Personen - haben die **Belehrung zu den Folgen unrichtiger oder unvollständiger Gesundheitsangaben nach dem Versicherungsvertragsgesetz** gelesen und akzeptiert sowie die **Angaben zum Gesundheitszustand** gewissenhaft ausgefüllt und unterschrieben.
- ☐ Sie haben sich für eine **Zahlungsart** entschieden und **alle notwendigen Angaben** gemacht. Alle erforderlichen Unterschriften liegen vor, insbesondere bei einem abweichenden Kontoinhaber.

! Für die Versicherungsprodukte EXPAT GERMANY, EXPAT SMART, EXPAT INFINITY und ANWARTSCHAT beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- ✔ EXPAT GERMANY: Ab einem Alter von 50 Jahren müssen mit dem Antrag auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden.
- ✔ EXPAT SMART: Ab einem Alter von 55 Jahren müssen mit dem Antrag auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden.
- ✔ EXPAT INFINITY: Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden.
- ✔ ANWARTSCHAFT: Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden.

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: 01.10.2026

ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG

Krankenversicherung für langfristige Auslandsaufenthalte

Vermittler-ID	

nur auszufüllen, falls vorhanden

Antragsteller(in)/Versicherungsberechtige(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)	

Angaben zu den versicherten Personen:

Bitte achten Sie darauf, dass die persönlichen Angaben wie Name, Vorname und Geburtsdatum mit den Angaben aus dem Personalausweis oder Reisepass übereinstimmen.

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.2 / 9-10
2. Ermitteln Sie den Monatsbeitrag anhand der Beitragstabellen auf den Seiten A.2 / 11-13
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: 01.10.2022 • Versicherer: Allianz Partners AWP Health & Life • 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: 01.10.2022 • Versicherer: Allianz Partners AWP Health & Life • 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 %)

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

Ort, Datum

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

Stand: 01.10.2022 • Versicherer: Allianz Partners AWP Health & Life • 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

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

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.

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter https://www.bdae.com/service/vertrag-widerrufen ausüben.

Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

2. Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und es werden Ihnen nur der auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallende Teil der Prämien zurückzugewährt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrages bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für uns mit dem Zugang und für Sie mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

3. Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

Ihr 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.

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3.
   a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen

Stand: 01.10.2026

Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12.
    a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Stand: 01.10.2026

DATENSCHUTZINFORMATION

über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte

Verantwortlicher der Datenverarbeitung

BDAE Expat GmbH
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg
E-Mail: info@bdae.com
Tel.: +49-40-30 68 74-0

Datenschutzbeauftragter

Dateschutzbeauftragter der BDAE Gruppe
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg
E-Mail: datenschutz@bdae.com
Tel.: +49-40-30 68 74-18

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag zum Abschluss einer Auslandskrankenversicherung im Rahmen unseres EXPAT INFINITY Produktes entweder per Online-Antrag, per E-Mail, über das BDAE-Webupload-Portal oder postalisch an uns, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Versicherungsvertrages. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur allgemeinen Kunden- und Vertragsverwaltung, um mit Ihnen in Kontakt zu treten oder zur Rechnungsstellung. Im Leistungsfall benötigen wir die Daten zur Beurteilung und Abwicklung.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Sofern für die Verarbeitung zu dem Versicherungsprodukt medizinische Daten von Ihnen abgefragt werden, gilt Ihre hierfür im Rahmen des Antrags eingeholte Einwilligungserklärung gem. Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 7 DSGVO als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser medizinischen Daten.

Empfänger und Empfängerkategorien personenbezogener Daten

Ihre Daten werden grundsätzlich nur an Dritte gegeben, soweit dies im Zusammenhang mit der Vertragsabwicklung bzw. Leistungserbringung Ihres EXPAT INFINITY Produktes erforderlich ist oder Ihre Einwilligung hierzu vorliegt. Darüber hinaus können Ihre Daten an Dritte übermittelt werden, soweit wir aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vollstreckbarer behördlicher oder gerichtlicher Anordnungen hierzu verpflichtet sind. Im Rahmen der Antrags- und Vertragsbearbeitung werden Ihre personenbezogenen Daten an die BDAE Holding GmbH, unsere Schwestergesellschaft, die BDAE Consult GmbH sowie unsere Muttergesellschaft, die MSH INTERNATIONAL im Rahmen der Bedienung des Service-Portals weitergeleitet bzw. durch die beiden BDAE Gesellschaften erhoben, die in unserem Auftrag die Bearbeitung Ihrer Anträge und die Abwicklung Ihrer Vertragsleistungen übernehmen. Mit allen vorgenannten Unternehmen besteht zur Sicherstellung Ihrer Rechte ein Auftragsverarbeitungsvertrag.

Darüber hinaus werden im Rahmen der Vertrags- bzw. Leistungsfallbearbeitung personenbezogene Daten zum Teil pseudonymisiert an die folgenden Empfänger weitergegeben:

- Allianz Partners AWP Health & Life als Auslandskrankenversicherer
- ARAG SE als Ihr Patienten-Rechtsschutzversicherer
- Allianz Partners Deutschland GmbH im Falle von medizinischen Assistance-Leistungen
- GGW GmbH im Falle der Inanspruchnahme der Flugrückholkostenversicherung

Die Weitergabe Ihrer Daten an die oben genannten Empfänger ist für die Vertragsdurchführung zwingend erforderlich.

Die Daten werden über Server der BDAE Holding GmbH verarbeitet, die bei einem in Deutschland ansässigen Internetdiensteanbieter angemietet sind. Mit diesem besteht zur Sicherstellung Ihrer Rechte ebenfalls ein Auftragsverarbeitungsvertrag.

Datenübermittlung in ein Drittland

Eine Übermittlung Ihrer Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation außerhalb der EU/EWR findet grundsätzlich nicht statt.

Speicherdauer

Wir speichern Ihre Daten solange sie für die vorgenannten Zwecke erforderlich sind. Anschließend werden die Daten unter Einhaltung der jeweiligen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern keine berechtigten Interessen, wie z. B. zur Geltendmachung von Ansprüchen, dem entgegenstehen.

Ihre Rechte als betroffene Person

In Bezug auf die Sie betreffenden personenbezogenen Daten können Sie dem oben benannten Verantwortlichen gegenüber die folgenden Rechte geltend machen:

- das Recht auf Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO
- das Recht auf Berichtigung und/oder Vervollständigung der Daten gemäß Art. 16 DSGVO
- das Recht auf Löschung der personenbezogenen Daten gemäß Art. 17 DSGVO
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO
- das Recht auf Datenübertragbarkeit gemäß Art. 20 DSGVO

Des Weiteren haben Sie ein Beschwerderecht gegenüber einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Wenn Sie eine Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten erteilt haben, haben Sie das jederzeitige Recht die Einwilligung zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Zur Geltendmachung Ihrer Rechte wenden Sie sich an unseren oben benannten Datenschutzbeauftragten.

Stand: 01.10.2025

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

gemäß Artikel 7 und 9 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Ich/wir willige(n) ein, dass BDAE Expat GmbH sowie die von der BDAE Expat GmbH beauftragten Konzernunternehmen der BDAE Gruppe (BDAE) meine/unsere Gesundheitsdaten aufnehmen, nutzen, speichern und verarbeiten. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus meinem/unserem Wunsch nach Abschluss einer Auslandskrankenversicherung EXPAT INFINITY für meinen/unseren Auslandsaufenthalt, den ich/wir am heutigen Tag gestellt habe(n).

BDAE ist Versicherungsnehmerin einer Gruppenversicherung, der ich/wir gerne beitreten möchte(n). BDAE muss daher meine/unsere Gesundheitsdaten kennen, um meinen/unseren Antrag auf Aufnahme in die Gruppe beurteilen und über ihn entscheiden zu können. Ggf. werden aufgrund meiner/unserer Gesundheitsdaten Risikozuschläge oder Ausschlüsse festgesetzt.

Im Leistungsfall kann es notwendig werden, dass BDAE zusätzliche Gesundheitsdaten aufnimmt, nutzt, speichert und verarbeitet. Auch hierzu erteile(n) ich/wir meine/unsere Einwilligung.

Die Datenschutzinformation sowie die Datenschutzerklärung der BDAE habe ich zur Kenntnis genommen.

Falls ich/wir Dritte (z. B. Steuerberater, Versicherungsvermittler, Personalabteilungen) in die Kommunikation mit BDAE einbeziehe(n) wollen werde(n) ich/wir diesen Personen entsprechende Freigaben nach Artikel 7 & 9 DSGVO erteilen und ggf. notwendige Schweigepflichtentbindungen vornehmen (lassen).

Ort, Datum

Unterschriften (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und gem. Art. 8 DSGVO alle zu versichernden Personen ab 16 Jahre)

Stand: 01.10.2022

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Neben der Einwilligung zur Erhebung, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung meiner/unserer Gesundheitsdaten ist meine/unsere Schweigepflichtentbindung nötig, damit diejenigen Stellen, die zu Gesundheitsdaten befragt werden, diese Fragen beantworten dürfen. Das gilt sowohl im Antragsverfahren als auch im Falle der Beantragung einer Leistung und der Prüfung eines Versicherungsfalles. Die Vertraulichkeit dieser Daten ist über die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO – Artikel 7 & 9) und das Strafrecht (§ 203 StGB) geschützt.

Die Überprüfung der Daten erfolgt nur, soweit dies nötig ist, um den Antrag bzw. den Versicherungsfall zu bearbeiten.

Ich/wir habe(n) bereits eingewilligt, dass BDAE Expat GmbH sowie die von der BDAE Expat GmbH beauftragten Konzernunternehmen der BDAE Gruppe (BDAE) meine/unsere Gesundheitsdaten aufnehmen, nutzen, speichern und verarbeiten. Ich/wir willige(n) nunmehr ein, dass BDAE zu Zwecken der Prüfung der Aufnahme in den Versicherungsvertrag, der Risikobeurteilung und/oder der Leistungsfallprüfung bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden Nachfragen stellen darf.

Ich/wir befreie(n) die genannten Personen und Mitarbeiter der oben genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf meine/unsere zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bei BDAE.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für BDAE konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten diese Entbindungen von der Schweigepflicht bis zu zehn Jahren nach Vertragsschluss.

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter bzw. sonstige Dritte einzuschalten. Ich/wir willigen ein, dass BDAE meine/unsere Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter bzw. sonstige Dritte übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an BDAE zurück übermittelt werden. Ich/wir entbinde(n) die für BDAE tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Im Ausnahmefall kann es nötig sein, dass BDAE den Versicherer, Allianz Partners AWP Health & Life, informiert. Für einen solchen Fall gelten alle hier gemachten Schweigepflichtentbindungen auch für Aussagen und Informationen der Allianz Partners AWP Health & Life gegenüber.

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach meinem/unserem Tod für BDAE erforderlich sein, meine/unsere gesundheitlichen Angaben zu prüfen. Auch für einen solchen Fall befreie(n) ich/wir die oben genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von deren Schweigepflicht.

Die Datenschutzinformation sowie die Datenschutzerklärung des BDAE habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

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

Stand: 01.10.2022

Belehrung

zu den Folgen unrichtiger oder unvollständiger Gesundheitsangaben nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen BDAE in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für die Entscheidung des BDAE, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die BDAE

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber vor Vertragsannahme

in Textform stellt.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. BDAE kann in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen oder
- den Vertrag ändern.

Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, kann BDAE vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, hat BDAE trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn BDAE den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn BDAE nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktritt, bleibt die Leistungspflicht des BDAE unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang der BDAE Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt die Leistungspflicht des BDAE.

Kündigung

Wenn das Rücktrittsrecht des BDAE ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, kann BDAE den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, wobei diese Frist mit dem Zeitpunkt zu laufen beginnt, zu dem BDAE von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt.

Das Kündigungsrecht des BDAE ist ausgeschlossen, wenn BDAE den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte

Vertragsänderung

Kann BDAE nicht zurücktreten oder kündigen, weil BDAE den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab dem laufenden Versicherungsjahr Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie die Mitteilung des BDAE über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- BDAE im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöht oder
- BDAE die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließt.

Auf dieses Recht wird BDAE Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Stand: 01.02.2026

ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

Zu versichernde Person:

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

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Geben Sie auch Beschwerden etc. an, die Sie als unwesentlich empfinden. Geben Sie auf jeden Fall Beschwerden etc. an, wenn zwar keine Behandlung, wohl aber Untersuchungen stattgefunden oder Sie Arzneimittel eingenommen haben. Nutzen Sie bitte auch die nachfolgende „Anlage zu den Angaben zum Gesundheitszustand", die Teil dieses Fragebogens ist. Bitte füllen Sie diese jedenfalls immer dann aus, wenn Sie eine Frage mit „Ja" beantwortet haben.
Zu allen Fragen die mit „Ja" beantwortet wurden reichen Sie uns bitte ärztliche Berichte oder anderweitige Dokumente ein, falls vorhanden.

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

		Antwort
1.a	die Atmungsorgane (z. B. Allergie, Asthma, Heuschnupfen, Nasennebenhöhlenerkrankung, Kehlkopf-, Rippenfellerkrankung, Schlafapnoe)?	☐ Ja ☐ Nein
1.b	das Herz oder die Kreislauforgane/Gefäße (z. B. Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Lymphödem)?	☐ Ja ☐ Nein
1.c	die Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata), 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. Übergewicht, 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. HIV-Infektion, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, Malaria, Tuberkulose)? Bitte auch mit „Ja" beantworten, sofern noch Untersuchungsergebnisse ausstehend sind.	☐ Ja ☐ Nein

Stand: 01.10.2026

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** Medikamente ein. Wenn ja, welche und wie häufig?		☐ Ja ☐ Nein
2.b	Wird oder wurde regelmäßig Alkohol, Tabak und/oder Drogen konsumiert? Wenn ja, welche und wie häufig?		☐ Ja ☐ Nein
2.c	Sind Sie **in den letzten 5 Jahren** durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen oder Krankengymnasten) untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Strahlen-, Chemotherapie)?		☐ Ja ☐ Nein
2.d	Wurden **in den letzten 5 Jahren** Vorsorgeuntersuchungen und/oder Check-ups durchgeführt? Wenn ja, welche und wann?		☐ Ja ☐ Nein
2.e	Ich befinde mich aktuell in einer Behandlung oder es gibt ein empfohlene oder geplante Behandlung.		☐ Ja ☐ Nein
2.f	Fand **in den letzten 10 Jahren** eine stationäre Behandlung statt (z. B. Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Schwangerschaft und Entbindung, Strahlen- oder Chemotherapie)?		☐ Ja ☐ Nein
2.g	Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, bitte auch Grad der Behinderung [GdB] oder Erwerbsminderung/Berufsunfähigkeit angeben)?		☐ Ja ☐ Nein
2.h	Haben Sie künstliche Körperteile oder Implantate aus medizinischen oder ästhetischen Gründen (z. B. künstliche Gelenke, Stents, Herzschrittmacher, Medikamentenpumpen, Brustimplantate, Schrauben, Platten oder ähnliches)?		☐ Ja ☐ Nein
2.i	Haben Sie Auffälligkeiten oder Veränderungen, die keine Beschwerden verursachen und/oder für die keine Diagnose gestellt wurde (z.B. nicht heilende Wunden, Knoten oder Schwellungen, sich verändernde Leberflecken)?		☐ Ja ☐ Nein
2.j	Wie groß sind Sie und was wiegen Sie?	Größe	
		Gewicht	
2.k	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.l	Wird oder wurde **in den letzten 5 Jahren** eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder wird sie derzeit behandelt?		☐ Ja ☐ Nein
2.m	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.n	**Bei Frauen:** Besteht aktuell eine Schwangerschaft?		☐ Ja ☐ Nein
	Waren Sie in der Vergangenheit schwanger?		☐ Ja ☐ Nein
	Wenn ja, gab es während der Schwangerschaft und/oder der Entbindung Komplikationen?		☐ Ja ☐ Nein

Wichtiger Hinweis zu Ihren Angaben zum Gesundheitszustand:

Bitte prüfen Sie alle Angaben zum Gesundheitszustand sorgfältig, bevor Sie diese unterschreiben. Sollten Sie unsicher sein, ob eine Tatsache relevant ist, geben Sie diese bitte trotzdem an oder fragen Sie uns vorab.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die „Belehrung zu den Folgen unrichtiger oder unvollständiger Angaben zum Gesundheitszustand nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“ erhalten und zur Kenntnis genommen sowie alle Gesundheitsangaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht haben.

Ort, Datum

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

Stand: 01.10.2026

ANLAGE ZU DEN ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

Bitte geben Sie an, aus welchem Grund (z. B. Beschwerden oder Erkrankung) Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen haben. Beschreiben Sie bitte, welche Untersuchungen und Behandlungendurchgeführt wurden. Schildern Sie den Verlauf der Beschweren bzw. der Erkrankung in Ihren eigenen Worten. Falls ein ärztlicher Befundbericht vorliegt, fügen Sie diesen bitte bei.

Versicherte Person:

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

Frage	Details zu Diagnose, Erkrankung, Unfall, Notfall, Beschwerde, Behandlung, Medikament

Ort, Datum

Unterschrift (der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Stand: 01.10.2025