

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

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

Leistungsbeschreibung

Leistungen		EXPAT R-BASIS	EXPAT R-PLUS (als Ergänzung zum EXPAT R-BASIS)	EXPAT R-DENT (als Ergänzung zum EXPAT R-BASIS)
	Jahreshöchstbetrag	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
A1	Ambulante Heilbehandlung	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen.	Keine ergänzenden Leistungen	Keine ergänzenden Leistungen
A2	Stationäre Heilbehandlung	100% für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. Im Ausland als Privatpatient im Zweisbettzimmer, im Heimatland in der allgemeinen Pflegeklasse.	Keine ergänzenden Leistungen	Keine ergänzenden Leistungen
A3	Arznei-, Verband- und Heilmittel	100%, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.	Keine ergänzenden Leistungen	Keine ergänzenden Leistungen
A4	Zahnmedizinische Heilbehandlung	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung in einfacher Ausfertigung. Pro Jahr Vertragslaufzeit ist eine einmalige, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung, jedoch keine Vorsorgebehandlung, mitversichert.	Keine ergänzenden Leistungen	Keine ergänzenden Leistungen
A5	Zahnersatz/Kieferorthopädische Maßnahmen	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten für 80% der Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz höchstens jedoch: <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 500 Euro pro Versicherungsjahr innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, • bis zu 2.000 Euro in jedem folgenden Versicherungsjahr Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf andere Versicherungsjahre übertragen werden.
A6	Vorsorgeuntersuchungen	Keine Leistung	Ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebskrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.	Keine ergänzenden Leistungen
A7	Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
A8	Unfruchtbarkeitsbehandlungen	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
A9	Hilfsmittel	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für die folgenden Hilfsmittel: <ul style="list-style-type: none"> • Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen in einfacher Ausfertigung. 	Keine ergänzenden Leistungen

Fortsetzung auf nächster Seite ▶

Leistungen		EXPAT R-BASIS	EXPAT R-PLUS (als Ergänzung zum EXPAT R-BASIS)	EXPAT R-DENT (als Ergänzung zum EXPAT R-BASIS)
A10	Sehhilfen inkl. Sehtest	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für die folgenden Hilfsmittel: <ul style="list-style-type: none"> • Sehhilfen bis zu 50 Euro pro versicherter Person und Versicherungsjahr; • Sehtests sind nicht versichert. 	Keine ergänzenden Leistungen
A11	Augenlasern	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
A12	Psychotherapie	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
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 oder Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: <ul style="list-style-type: none"> • 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 Rücktransports ist vorzulegen.	Keine ergänzenden Leistungen	Keine ergänzenden Leistungen
A14	Nachhaftung	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
A15	Angeborene Leiden	Abweichend von VB Teil I, § 6 Abs. 2r besteht Versicherungsschutz für Behandlungen aufgrund angeborener Leiden, sofern diese bei Beginn des Versicherungsschutzes noch nicht bekannt waren.	Keine ergänzenden Leistungen	Keine ergänzenden Leistungen
A16	Sonstige Leistungen	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung

Monatlicher Beitrag

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahrs im Voraus fällig und zahlbar. Die genannten Beiträge erhöhen sich ab dem ersten Monat des Versicherungsjahrs, in dem die versicherte Person das jeweilige Alter erreicht.

Alter		EXPAT R-BASIS	EXPAT R-PLUS (als Ergänzung zum EXPAT R-BASIS)	EXPAT R-DENT (als Ergänzung zum EXPAT R-BASIS)
B1	bis 50 Jahre	263 Euro	55 Euro	38 Euro
	ab 50 Jahre	362 Euro	68,75 Euro	47,50 Euro
	ab 65 Jahre	456 Euro	88 Euro	60,80 Euro
	ab 70 Jahre	551 Euro	88 Euro	60,80 Euro

Jährlicher Selbstbehalt

Der Selbstbehalt gilt pro Person und Versicherungsjahr. Unterjährige An- und Abmeldungen werden anteilig berechnet.

EXPAT R-BASIS		EXPAT R-PLUS (als Ergänzung zum EXPAT R-BASIS)	EXPAT R-DENT (als Ergänzung zum EXPAT R-BASIS)
B2	250 Euro	0 Euro	0 Euro

Fortsetzung auf nächster Seite ▶

Vertragliche Grundlagen

C1	Versicherer	Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich		
C2	Versicherungsnehmerin	BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH		
C3	Versicherungsberechtigte	Natürliche Personen		
C4	Versicherbare Personen	Versicherungsberechtigte, die außerhalb des Landes leben, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, sowie deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gem. der VB Teil I, § 1 gegeben ist. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner und Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern der/die Versicherungsberechtigte oder der Ehepartner deren Erziehungsberechtigte sind. Familienangehörige, die die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes besitzen, können mitversichert werden. Das Höchstaufnahmearalter beträgt 65 Jahre.		
C5	Vertragliche Grundlagen	Versicherungsbedingungen für langfristige Auslandskrankenversicherungen - VB Teil I und Teil II (EXPAT RETIRED).		
C6	Geltungsbereich	Weltweit, mit Ausnahme des Heimatlandes und USA/Kanada/Deutschland. Im jeweiligen Heimatland (mit Ausnahme USA/Kanada) besteht Versicherungsschutz für drei Monate (kumuliert) pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis.		
C7	Beginn des Versicherungsschutzes	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, § 4 und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.		
C8	Versicherungsjahr	Jeweils vom 01.04. eines jeden Jahres bis zum 31.03. 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 Versicherungsjahrs vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden.		
C11	Angaben zum Gesundheitszustand	Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ist für jede zu versichernde Person ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Für zu versichernde Personen ab 60 Jahren ist zusätzlich auf eigene Kosten ein ärztliches Gesundheitszeugnis beizubringen. Die Versicherungsnehmerin behält sich eine Risikoprüfung vor und entscheidet über die Annahme des Antrages. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen.		
C12	Zusätzliche Bestimmungen zu Leistungsausschlüssen	Keine		
C13	Wartezeit	EXPAT R-BASIS	EXPAT R- PLUS	EXPAT R- DENT
		Keine Wartezeit	Keine Wartezeit	8 Monate für Zahnersatz.
C14	Anwartschaft	Das Produkt kann nicht auf Anwartschaft gestellt werden.		
C15	Sonstiges	Ein nachträglicher Wechsel zwischen den Modulen oder eine nachträgliche Hinzunahme der Module ist nicht möglich. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Abschluß einer Anwartschaftsversicherung im Sozialversicherungssystem des Heimatlandes wird angeraten.		

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für langfristige 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 juristische und natürliche Personen gemäß den jeweils zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen.
2. Versicherbar sind natürliche Personen.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
 - a) dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Versorgungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
 - b) Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
4. Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt nicht nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz in Deutschland.
5. Nicht versicherbar sind natürliche Personen mit einem befristeten Aufenthaltsstil 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 Versicherungsberechtigten 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 Versicherungsberechtigte 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. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes, sofern dieser entsprechende Versicherungstarife anbietet.
5. Sind Versicherungsberechtigte 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 Versicherungsberechtigte 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.
6. 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 Versicherungsberechtigte 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 Versicherungsberechtigte 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 Versicherungsberechtigten mit einer Frist von

drei Monaten zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres mitteilt.

4. Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den jeweiligen Versicherungsbedingungen für langfristige Auslandskrankenversicherungen - VB Teil II, Abschnitt C der Allianz Partners AWP Health & Life.
5. Die Versicherungsberechtigte 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 Rahmen eines befristeten Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag und mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
 - a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich;
 - b) nicht vor Eintritt der Versicherbarkeit der versicherten Person;
 - c) nicht vor Zahlung des Beitrages;
 - d) nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.
2. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
3. Für Versicherungsfälle, die während der vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
4. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird in den VB Teil II des jeweiligen Produktes 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 Versicherungsberechtigte unter Beachtung der im Produkt festgelegten Fristen und Voraussetzungen;
 - c) mit dem Tod der versicherten Person;
 - d) zum Ende des Monats, der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;
 - e) mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, § 1;
 - f) sobald die im Produkt genannten Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
 - g) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsberechtigten.

§ 5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, dem gewählten Produkt 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 das jeweilige Produkt 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 im jeweiligen Produkt vereinbarten Wartezeit;
 - d) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
 - e) Tod.
4. Der Versicherer leistet je nach versichertem Produkt Entschädigung für akut und unerwartet während des Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich eintretende Versicherungsfälle.
5. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Bedingungen und dem jeweils gewählten Produkt.
6. Im vereinbarten Geltungsbereich steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland niedergelassenen, gesetzlich anerkannten und approbierten Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern sowie Hebammen frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für ihren Berufsstand – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr abrechnen.
7. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in den Versicherungsbedingungen Teil I, § 5, Abs. 6 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
8. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung), sofern im jeweiligen Produkt keine anderweitige Regelung vereinbart ist.
9. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzung von VB Teil I, § 5, Abs. 8, erfüllen, werden die vereinbarten Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in TBC-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 die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Heimatland oder am ständigen Wohnsitz der versicherten Person. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn nachgewiesen wird, dass im vereinbarten Geltungsbereich eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und der Rücktransport vom Arzt des Versicherers befürwortet wird. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

§ 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 Entziehungsakten;
 - m) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung durch die Weltgesundheitsorganisation WHO empfohlene oder gesetzlich vorgeschriebene Schutzimpfungen auftreten, es sei denn, dass medizinische Gründe der Schutzimpfung entgegenstehen. In diesem Falle sind die medizinischen Gründe dem Versicherer durch ein ärztliches Attest zu belegen.
- n) Behandlungen eines Abhängigkeitssyndroms und deren Folgen;
- o) Selbstmordversuche und deren Folgen;
- p) Organtransplantationen und deren Folgen;
- q) Zahnersatz (wie z. B. Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
- r) angeborene Leiden. Angeborene Leiden sind Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, Störungen oder Fehlbildungen, die bereits bei der Geburt bestanden, unabhängig vom Vorliegen einer Diagnose.
3. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und Krankenanstalten oder Hebammen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherer den Versicherungsberechtigten und die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles über den nicht mehr zu erstattenden Behandler informiert hat. Sofern vor der Benachrichtigung ein Versicherungsfall eingetreten ist, besteht für den betroffenen Behandler die im jeweiligen Produkt festgelegte Leistungspflicht für maximal drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung.
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 1.000 Euro überschreiten, dem Versicherer oder dessen Beauftragten unverzüglich anzugeben;
 - 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 anzugeben.
3. Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.
4. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, besteht eine solche oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, sind der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
5. Schwangerschaften sind, sofern das Produkt nichts anderes vorsieht, innerhalb von vier Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzugeben.
6. Medizinisch notwendige Rücktransporte sind vor deren Durchführung dem Versicherer anzugeben.
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 produktsspezifischen 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 anzugeben.
10. Verletzt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
 - a) Bezahlte Original-Belege, die den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Namen und Anschrift des Behandlers, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungs-Zweitschriften. Werden fremdsprachige Belege eingereicht, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, sind auf Verlangen des Versicherers deutsch- oder englischsprachige Übersetzungen beizubringen.
 - b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
 - c) Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports 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 Eurokurs des Tages umgerechnet, an dem die Belege beim Versicherer eingehen. Es gilt der amtliche Devisenkurs. Es sei denn, die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen wurden nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben.
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 verändert 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 Behaltern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
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 VWG 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 WG).

§ 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
Kühnethöfe 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.