

**A: Allgemeiner Teil gültig für die in Teil B aufgeführten Tarife**

**§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit**

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Personen bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres (80. Geburtstag), sofern
  - a. diese sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten und
  - b. bei Abschluss des Versicherungsvertrages das 75. Lebensjahr (vor dem 75. Geburtstag) noch nicht vollendet haben (Höchst Eintrittsalter).
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
  - a. bei Abschluss des Versicherungsvertrages, bzw. der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag das 75. Lebensjahr (75. Geburtstag) vollendet haben;
  - b. im Aufenthaltsland Deutschland einer gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherungspflicht unterliegen bzw. deren Versicherungsaufnahme gegen geltendes Recht des Aufenthaltslandes verstößt;
  - c. Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes eine körperliche Tätigkeit in einem der in Anlage 1 aufgelisteten Berufe bzw. eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Bedingungen;
  - d. dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
  - e. zum Zeitpunkt der Antragstellung bei dem Versicherer bzw. der Care Concept AG während der Dauer ihres befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland einen oder mehrere aufeinander folgende Krankenversicherungsverträge gemäß § 195 Abs. 3 VVG abgeschlossen hatten, deren Gesamtversicherungsdauer den gesetzlichen Zeitraum überschritten hat. Dies gilt auch dann, wenn mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherungsgesellschaften bestanden haben;
  - f. sich bei Antragstellung bereits länger als 12 Monate durchgehend im Ausland aufhalten, wenn sie während dieser Zeit nicht bei einer gesetzlichen oder privaten Kranken- oder Reise-Krankenversicherung versichert waren;
  - g. illegal in das Aufenthaltsland eingereist sind bzw. sich dort illegal aufhalten.
4. Bei laufenden Verträgen endet die Versicherungsfähigkeit versicherter Personen, die sich im Rahmen eines befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, mit Erreichen der gesetzlichen Gesamtversicherungsdauer aller aufeinander folgenden Krankenversicherungsverträge im Sinne des § 195 Abs. 3 VVG, auch soweit diese bei anderen Versicherungsgesellschaften abgeschlossen wurden.
5. Die Versicherungsfähigkeit entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat.
6. Sofern die versicherte Person eine weitere Staatsangehörigkeit im Aufenthaltsland unterhält, ist sie dann versicherungsfähig, wenn sie ihren Hauptwohnsitz länger als 5 Jahre nicht im Staatsgebiet des Landes ihrer Staatsangehörigkeit hat.

**§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages,  
Kindermachversicherung**

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

**I. Abschluss des Versicherungsvertrages**

1. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von dem Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer oder der Care Concept eingeht, auch soweit er in elektronischer Form zu stellen ist, und der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
2. Wird für den beantragten Tarif ein Gesundheitszeugnis benötigt, ist hierfür das von dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, vorgesehene Formular zu verwenden. Sofern ein ergänzendes ärztliches Zeugnis erforderlich ist, trägt der Antragsteller die Kosten für die Untersuchung und die Erstellung des ärztlichen Zeugnisses. Der Vertrag kommt nur dadurch zustande, dass der Versicherungsnehmer eine ausdrückliche Erklärung über

die Antragsannahme unter Berücksichtigung bzw. Einbeziehung des Gesundheitszeugnisses in Textform erhält.

3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers oder der Care Concept AG – zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag muss, soweit im gesetzlichen Rahmen zulässig, für die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes, maximal bis zu der im jeweiligen Tarif vorgesehenen Höchstversicherungsdauer abgeschlossen werden.
5. Die Mindest- und Höchstversicherungsdauer ist im jeweiligen Tarif geregelt. Eine Verlängerung ist im Rahmen der gesetzlichen sowie der jeweiligen Bestimmungen des Tarifs möglich.

**II. Abschluss eines Anschlussvertrages**

1. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes im Ausland kann für den weiteren, bisher nicht versicherten Auslandsaufenthalt ein rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag (= Verlängerungsvertrag) unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
  - a. Der Antrag auf Abschluss eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages muss über die Homepage der Care Concept AG vor dem Versicherungsende des laufenden Versicherungsvertrages erfolgen;
  - b. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, muss dem Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmen. Der rechtlich eigenständige Anschlussvertrag kommt dann mit Übersendung des Versicherungsnachweises an den Versicherungsnehmer zustande. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers und der Care Concept AG – zu;
  - c. Bei Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik ist der Abschluss eines Anschlussvertrages nur unter der Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen möglich. Dies gilt auch, wenn vorbestehende befristete Krankenversicherungen bei anderen Versicherungsgesellschaften bestanden. Der Versicherer ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes im Reiseland bestanden haben, zu informieren.
2. Bei einer Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag
  - a. besteht Versicherungsschutz für die Versicherungsfälle, Unfallfolgen, Krankheiten und Krankheitssymptome sowie deren Folgen, die nach Beantragung des Anschlussvertrages (Datum und Uhrzeit des Antrages) neu eingetreten sind, gemäß § 9 dieser Bedingungen;
  - b. gelten die §§ 6 Ziff. 2 und 8 Ziff. 1 Buchstabe a., b. und i. entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II. Ziff. 3 zu beachten, sofern nach dem gewählten Tarif oder den sonstigen vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes bestimmt ist.

**III. Ende des Versicherungsvertrages**

Der Versicherungsvertrag endet

- a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b. mit Vollendung des 80. Lebensjahres (80. Geburtstag);
- c. mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben;
- d. bei vorübergehenden Aufenthalten in der Bundesrepublik Deutschland mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
- e. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen, insbesondere
  - da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt im Aufenthaltsland entschieden hat oder
  - da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
- f. zu dem Zeitpunkt, in welchem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 entfällt.

#### **IV. Kindernachversicherung**

1. Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten mit dem Tag der Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist. Als Nachweis genügt die Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde in Textform per E-Mail, Fax oder Post.
2. Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass:
  - der Vertrag des versicherten Elternteils am Tag der Geburt bereits mindestens 3 Monate ununterbrochen bestanden hat und
  - der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und nicht umfassender ist, als der des versicherten Elternteils;
  - kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
3. Die Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine erhöhte Gefahr für den Eintritt des Versicherungsfalles, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zu 100 % auf die Tarifprämie möglich. Der Nachweis der Adoption gilt insbesondere durch die Vorlage der Adoptionsurkunde bei der Care Concept AG als geführt. Es gilt IV. Ziff. 1 dieses Paragraphen entsprechend.
4. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als 2 Monate nach der Geburt, unterliegt die Versicherung des Kindes einer gesonderten Risikoprüfung durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz erst mit der Annahme des Versicherungsvertrages durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragraphen unter I. bis III. entsprechend.
5. Die Verpflichtung des Versicherers zur Gewährung von Versicherungsschutz im Rahmen der Kindernachversicherung besteht nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

#### **§ 3 Kündigung**

1. **Ordentliche Kündigung**

Das Versicherungsverhältnis kann – nach Ablauf der Mindestlaufzeit – mit einer Frist von einem Monat jederzeit durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden. Näheres zu Dauer und Ausgestaltung der Mindestversicherungsdauer ergeben sich aus den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bedingungen. Bei Kündigung steht dem Versicherungsnehmer die Rückerstattung der Versicherungsprämie für den Zeitraum des nicht in Anspruch genommenen Versicherungsschutzes zu. Die Kündigung des Versicherungsvertrages entzieht dem Versicherer nicht das Recht, die Zahlung der Prämie für den Versicherungszeitraum zu fordern, für den Versicherungsschutz durch den Versicherer gewährleistet wurde. Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer kann auf einzelne Personen oder Tarife beschränkt werden.

Wird die Kündigung für einzelne versicherte Personen erklärt, ist die Kündigung nur dann wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Die Kündigungserklärung bedarf der Textform (E-Mail, Fax oder Post).

Die betroffene versicherte Person hat das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben. Der Versicherer verzichtet auf sein Recht zur ordentlichen Kündigung.
2. **Außerordentliche Kündigung**

Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer unberührt.

#### **§ 4 Prämie**

1. **Zahlung der Erst- oder Einmalprämie:**
  - a. Die Erst- oder Einmalprämie ist bei Vertragsbeginn fällig. Das Datum des Versicherungsbegins ergibt sich aus der Versicherungspolice.
  - b. Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

- c. Ist die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. **Zahlung von Folgeprämien:**
  - a. Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Wochen.
  - b. Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
  - c. Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
  - d. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht entsprechend Buchstabe b. jedoch kein Versicherungsschutz. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Auch in diesem Fall besteht entsprechend Buchstabe b. kein Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind.
3. **Einzelheiten zur Prämienzahlung**
  - a. Die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie bzw. des Erst- oder Folgebeitrages kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren oder per Überweisung erfolgen.
  - b. Wird die Prämie vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bank- oder Kreditkartenkonto abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder der Versicherungsnehmer noch – im Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist – der Versicherungsnehmer bzw. Kontoinhaber dem Zahlungsabruf widerspricht bzw. widersprechen. Konnte die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) erfolgt.

#### **§ 5 Prämie bei Anschlussverträgen**

Die Berechnung der Prämien erfolgt auf Grundlage der zum Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages jeweils gültigen technischen Berechnungsgrundlagen. Insoweit werden das dann erreichte Lebensalter der versicherten Person sowie die dann im Neugeschäft gültigen Rechnungsgrundlagen zur Prämienberechnung verwendet.

#### **§ 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes**

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. **Geltungsbereich**
  - a. Im Rahmen dieser Bestimmungen bietet der Versicherer versicherten Personen Versicherungsschutz, die sich im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes nur vorübergehend im vereinbarten örtlichen Geltungsbereich aufhalten.
  - b. Der örtliche Geltungsbereich kann für folgende Zielregionen vereinbart werden:
    - Zielregion 1: Weltweites Ausland mit den Staaten USA, Kanada, Mexiko
    - Zielregion 2: Weltweites Ausland ohne die Staaten USA, Kanada, Mexiko
  - c. Als weltweites Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das Heimatland der versicherten Person. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat bzw. die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
  - d. Wurde für die versicherte Person Versicherungsschutz innerhalb der Zielregion 2 (Weltweites Ausland ohne die Staaten USA, Kanada, Mexiko) vereinbart, gilt folgende Besonderheit:
    - Während der Vertragszeit besteht bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer für die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes Versicherungsschutz auch für vorübergehende

- Aufenthalte in den Staaten USA, Kanada, Mexiko, maximal jedoch für 42 Tage je Versicherungsjahr.
- Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinander folgenden Anschlussverträge.
  - Im Falle einer unterjährigen Vertragsdauer, auch soweit diese auf das vollendete Versicherungsjahr folgt, reduziert sich die maximale Versicherungsdauer für kurzfristige Aufenthalte in den Staaten USA, Kanada, Mexiko anteilig auf 21 Tage bei einer Vertragsdauer von 6 Monaten sowie 31 Tage bei einer Vertragsdauer von mehr als 6 und weniger als 12 Monaten.
  - Der Tag der Ein- und Ausreise wird jeweils als voller Tag des Aufenthaltes in den Staaten USA, Kanada, Mexiko gerechnet.
  - Voraussetzung für diesen Versicherungsschutz ist, dass Beginn und Ende jedes vorübergehenden Aufenthaltes in den Staaten USA, Kanada, Mexiko vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (E-Mail, Fax oder Post) bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, angemeldet und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, nachgewiesen wird. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziff. 3 a. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % von den tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten geleistet.
- e. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht abweichend von c. unter den folgenden Voraussetzungen Versicherungsschutz:
- Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr aus dem vereinbarten örtlichen Geltungsbereich in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf die nach dem gewählten Tarif vereinbarte Dauer und gilt für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinander folgenden Anschlussverträge. Der Tag der Ein- und Ausreise wird jeweils als voller Tag des Heimatlandaufenthaltes gerechnet.
  - Voraussetzung für eine Leistung im Rahmen dieser Deckungserweiterung ist, dass Beginn und Ende eines jeden Heimatlandaufenthaltes während der Vertragslaufzeit vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt angemeldet und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachgewiesen wird. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziff. 3 a.. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % von den tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten geleistet.
2. Beginn
- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
- a. nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsbeginn);
  - b. nicht vor der Grenzüberschreitung der versicherten Person ins Ausland;
  - c. nicht vor Zahlung der Prämie;
  - d. nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
3. Ende
- Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
- a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
  - b. mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
  - c. mit Beendigung des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der versicherten Person im Ausland;
  - d. wenn eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für die Bundesrepublik Deutschland erteilt wird;
  - e. mit dem Zeitpunkt, in dem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziff. 1 und 2 dieser Bedingungen der versicherten Person entfällt;
  - f. im Rahmen der Deckungserweiterung für kurzfristige Aufenthalte in den Staaten USA, Kanada, Mexiko gem. § 6 Ziff. 1 d. nach Ablauf der Höchstversicherungsdauer je Versicherungsjahr, spätestens 42 Tage nach Einreise in die Staaten USA, Kanada, Mexiko;
  - g. im Rahmen der Heimatlanddeckung gem. § 6 Ziff. 1 e. nach Ablauf der nach dem gewählten Tarif vereinbarten Dauer für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr.

## **§ 7 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht**

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

### **I. Allgemeines**

1. Der Versicherer leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für unerwartete und akut auf der Reise im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 7 II. aufgeführt.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Unfallfolgen oder Krankheit. Der Versicherungsfall beginnt mit der 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. Als Versicherungsfall gelten auch
  - a. Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft der versicherten Person, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. Beginn der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen Anschlussvertrag bestanden hat;
  - b. die Entbindung einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
  - c. der Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuell gesonderten, schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem gewählten Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
4. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie unter anderen staatlich zugelassenen Behandlern, die über eine auf ihrem Fachgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen frei. In der Bundesrepublik Deutschland werden im vertraglich vereinbarten Umfang die Heilbehandlungskosten für Einrichtungen des Behandlers erstattet, soweit dieser sie nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ), dem Krankenhausentgeltgesetz oder einer sonstigen zur Anwendung kommenden amtlichen oder gesetzlichen Bemessungsgrundlage in der jeweils gültigen Fassung in Rechnung stellen kann. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei sowie unter anderen staatlich zugelassenen Behandlern, die über eine auf ihrem Fachgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen.
5. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden im vertraglich vereinbarten Umfang die Heilbehandlungskosten für Einrichtungen des Behandlers erstattet, die auf der Grundlage der landestypischen Bemessungsgrundlagen des Aufenthaltslandes berechnet und angemessen sind. Existiert eine landestypische Bemessungsgrundlage nicht, erfolgt eine Erstattung auf der Grundlage angemessener und im Aufenthaltsland allgemein ortsüblicher Gebühren.
6. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
7. 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). Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist, oder wenn der Versicherer Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Diese Einschränkung entfällt bei einer Notfallaufnahme. Die Zustimmung muss dann umgehend nachträglich eingeholt werden.

8. Bei ambulanten und stationären Behandlungen leistet der Versicherer im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Der Versicherer 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 Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
9. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, das in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

## II. Wartezeiten

1. Die allgemeine Wartezeit beträgt 31 Tage. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt,
- a. wenn die versicherte Person eine Einreise im versicherten Aufenthaltsland innerhalb von 31 Tagen vor Antragstellung nachweist bzw. die Versicherung vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen wurde. Maßgebend ist der Eingang des Antrages bei dem Versicherer bzw. der Care Concept AG;
- b. bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.
2. Eine seit Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. seit der Grenzüberschreitung ins Ausland lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehende Vorversicherung kann auf die allgemeine Wartezeit angerechnet werden. Die Leistungseinschränkungen gemäß § 8 gelten uneingeschränkt weiter.
3. Die besondere Wartezeit für Entbindungen sowie für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung beträgt 8 Monate, sofern der jeweilige Tarif hierfür Leistungen vorsieht und nichts anderes bestimmt.
4. Die besondere Wartezeit für die Krankenhaustagegeldversicherung beträgt 3 Monate, sofern der jeweilige Tarif diese Leistung vorsieht und nichts anderes bestimmt.
5. Bei Erstverträgen rechnet die jeweilige Wartezeit vom Versicherungsbeginn an.
6. Bei Abschluss eines Anschlussvertrages rechnen die Wartezeitregelungen vom Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages an.

## III. Heilbehandlungskosten

Art, Umfang und Höhe der erstattungsfähigen Kosten ergeben sich aus den Tarifbeschreibungen in Teil B dieser Bestimmungen.

## IV. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Art, Umfang und Höhe der erstattungsfähigen Kosten ergeben sich auf den Tarifbeschreibungen in Teil B dieser Bestimmungen.

## § 8 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Sofern nach dem gewählten Tarif oder den vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes bestimmt ist, besteht keine Leistungspflicht für:
- a. Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind;
- b. Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, von denen der versicherten Person bei Vertragsabschluss oder vor Antritt des Auslandsaufenthaltes bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden mussten;
- c. Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- d. solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder die aktive Teilnahme an Unruhen verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person während Ihres Auslandsaufenthaltes als Unbeteiligter überraschend von einem Kriegsereignis oder Unruhen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt 7 Tage nachdem das Auswärtige Amt für das Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält, eine Reisewarnung ausgegeben hat (Krisenregion). Besteht für die versicherte Person nachweislich keine Möglichkeit, die Krisenregion innerhalb von 7 Tagen nach der ausgesprochenen Reisewarnung zu verlassen und hat die versicherte Person die Unmöglichkeit oder Verzögerung der Ausreise aus der betroffenen Region nicht zu vertreten, besteht der erweiterte Versicherungsschutz fort, bis der versicherten Person die Ausreise möglich wird. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren

- Gebiet bereits Krieg, Bürgerkrieg oder Unruhen vorherrschen;
- e. solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, den Einsatz von ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen) oder im Rahmen einer kriminellen Handlung verursacht sind;
- f. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (mit Ausnahme von § 7 I. Ziff. 7 Satz 3-5);
- g. die Behandlung von Krankheiten, die auf übermäßigen Alkoholgenuß bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen sind sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- h. Behandlungen von Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
- i. bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beantragung einer Vertragsverlängerung (= rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag) bestehende Schwangerschaften und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung (= rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag) die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte;
- j. Behandlungen durch Ehegatten, den Partner/die Partnerin einer gesetzlich eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- k. für Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder von Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- l. eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- m. Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen, für Hypnose, sowie für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
- n. ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
- o. Schwangerschaftsabbrüche, die nicht medizinisch notwendig sind (sozial indizierte Schwangerschaftsabbrüche);
- p. Immunisierungsmaßnahmen;
- q. Hilfsmittel;
- r. Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie Störungen bzw. Schäden der Fortpflanzungsorgane;
- s. Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen;
- t. Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
- u. Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
- v. Organspenden und deren Folgen.
2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
- a. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
- b. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

## § 9 Vorerkrankungen

Soweit in diesen Bedingungen oder z. B. in den tariflichen Bestimmungen keine abweichenden Regelungen getroffen werden, gilt:

1. Mitversichert sind,
- Erkrankungen,
  - Folgen von Unfällen,
  - Gebrechen

# Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Expatriates bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05)



jeweils einschließlich daraus resultierender Beschwerden – auch soweit diese vor Beantragung des Versicherungsschutzes bekannt waren.

Keine Leistungspflicht besteht jedoch, wenn der Eintritt des Versicherungsfalles bei der Beantragung des Versicherungsvertrages bzw. bei der Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen eigenständigen Anschlussvertrag feststand.

2. Soweit eine gemäß § 9 Ziff. 1. eingeschlossene Vorerkrankung, Folgen von Unfällen bzw. Gebrechen zu einem Versicherungsfall führt, so gilt: von den erstattungsfähigen Kosten der Heilbehandlung für die bei Beantragung des Versicherungsschutzes bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes bestehenden Vorerkrankungen, Folgen von Unfällen bzw. Gebrechen, sowie den sich daraus ergebenden Beschwerden und Folgen trägt der Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung in Höhe von 5.000,-EUR je versicherte Person und angefangenem Versicherungsjahr.  
Die Höchstgrenze der Selbstbeteiligung der versicherten Person beträgt auch bei Anrechnung der in den einzelnen Tarifen unter Teil B I. bis III. dieser Bedingungen genannten Selbstbehalte entsprechend der Vorschrift des § 193 Abs. 3 VVG eine kalenderjährliche Höchstgrenze von maximal 5.000,- EUR. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer verringert sich diese Selbstbeteiligung nicht. Die Leistungen des Versicherers hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit.
3. Die Bestimmungen der
  - § 2 Ziff. 6 Abschluss eigenständiger Verlängerungsvertrag,
  - § 6 Ziff. 2 Beginn des Versicherungsschutzes,
  - § 6 Ziff. 3 Ende des Versicherungsschutzes,
  - § 7 I. Ziff. 2 Definition Versicherungsfall,
  - § 7 II. Wartezeiten,
  - § 8 Einschränkungen der Leistungspflichtbleiben unberührt.
4. Die Bestimmungen § 9 Ziff. 2 und Ziff. 3 gelten nicht für Vorerkrankungen, Folgen von Unfällen und Gebrechen, soweit diese bei der Beantragung des Versicherungsvertrages bzw. bei der Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen eigenständigen Anschlussvertrag im Rahmen der Beantwortung eines medizinischen Fragenkataloges genannt wurden.

## § 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
  - a. den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerrhöhung führen könnte;
  - b. eine ambulante Behandlung dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich in Textform (E-Mail, Fax oder Post) anzuzeigen;
  - c. dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen und Originalbelege einzureichen; Originalbelege werden Eigentum des Versicherers und müssen in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes, in dem die Behandlung stattgefunden hat, berechnet sein sowie den Namen der behandelten Person, die genaue Bezeichnung der Krankheit und die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten.  
Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.  
Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen.  
Bei Todesfällen ist eine Sterbeurkunde einzureichen; wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen, eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache.
  - d. Nachweise über die Höhe der Kosten einzureichen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen oder sinnvollen Rücktransport geltend gemacht werden; ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen;

- e. eine stationäre Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich, spätestens jedoch 5 Tage nach ihrem Beginn telefonisch oder in Textform (E-Mail, Fax oder Postbrief) anzuzeigen und vor Beginn diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen eine vorherige Kostenzusage in Textform (E-Mail, Fax oder Post) einzuholen;
- f. eine stationäre Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich, spätestens jedoch 5 Tage nach ihrem Beginn telefonisch oder in Textform (E-Mail, Fax oder Post) anzuzeigen und vor Beginn diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen für mindestens folgende stationäre Leistungen eine Kostenzusage in Textform (E-Mail, Fax oder Post) einzuholen:
  - Unterbringung im Krankenhaus;
  - Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien;
  - Operationskosten einschließlich Kosten für Anästhesie und OP-Saal;
  - Kosten für Ärzte und Therapeuten;
- g. für folgende Leistungen bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eine vorherige Kostenzusage in Textform (E-Mail, Fax oder Post) einzuholen, sofern diese nach dem gewählten Tarif versichert sind:
  - Diagnostische Untersuchungen einschließlich bildgebender Verfahren wie insbesondere Kernspinn-(MRT), Computer-(CT), Positronenemissions-(PET) und Computer-Positronenemissionstomografie (CT-PET);
  - Onkologie/onkologische Behandlungen;
  - palliativmedizinische Betreuung;
  - teilstationäre Behandlung/Tagesklinik;
  - medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen;
  - Rehabilitationsmaßnahmen;
  - ambulante Operationen;
  - medizinische Überführung oder Rücktransport;
  - Rücktransport im Todesfall.
2. Auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind ebenfalls verpflichtet, auf Anforderung des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, oder spätestens im Versicherungsfall
  - a. einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland oder den Staaten USA, Kanada, Mexiko einzureichen;
  - b. Beginn und Ende eines jeden Auslandsaufenthaltes durch Vorlage geeigneter und aussagefähiger Dokumente nachzuweisen;
  - c. einen geeigneten und aussagefähigen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens, der Schweiz oder Liechtenstein einzureichen;
  - d. einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im Aufenthaltsland einzureichen;
  - e. einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Krankenversicherungen im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG einzureichen;
  - f. die Annahme der Staatsbürgerschaft des Aufenthaltslandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung oder die Versagung der Aufenthaltserlaubnis für das Aufenthaltsland, sowie die ständige Wohnsitznahme im Aufenthaltsland dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, umgehend in Textform (E-Mail, Fax, Post) anzuzeigen.
4. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem abzugeben, wenn Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte im gesetzlichen Umfang auf den Versicherer übergehen.
5. Sind Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare im gesetzlichen Umfang auf den Versicherer übergegangen, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.
6. Folgen von Obliegenheitsverletzung  
Verletzt der Versicherungsnehmer 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

# Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Expatriates bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05)



Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer/die versicherte Person.

## § 11 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Die Originalrechnungen sind bei der Care Concept AG Postfach 30 02 62 53182 Bonn zur Prüfung der Leistungsansprüche einzureichen.
2. 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. der Care Concept AG infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
3. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer oder der Care Concept AG eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
4. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
5. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
6. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung des Versicherers in Textform gehemmt.

## § 12 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen oder von anderen Leistungsträgern

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 zuerst dem Versicherer bzw. der Care Concept AG gemeldet, tritt der Versicherer in Vorleistung und wird sich zum Zwecke der Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Der Versicherer verzichtet auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
3. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, kann der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.
4. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat.

## § 13 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## § 14 Willenserklärungen und Anzeigen

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, bedürfen der Textform (E-Mail, Fax oder Post).
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

## § 15 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Vertragssprache ist Deutsch.

## § 16 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigigt.

Anschriften:

**Care Concept AG**  
Am Herz-Jesu-Kloster 20  
53229 Bonn  
Deutschland

**Advigon Versicherung AG**  
Drescheweg 1  
9490 Vaduz  
Liechtenstein

**B. Besonderer Teil: Leistungsbeschreibung der jeweiligen  
Tarife zu den VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05)**

**Tarif Care Expatriate 2021\_05 Basic – Tarifbedingungen  
(TB/CExp2021\_05 Ba)**

**I. Vertragsabschluss**

Ergänzend zu § 1 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) gilt:

1. Dieser Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, die sich voraussichtlich länger als 6 Monate im Ausland aufhalten.
2. Ein Wechsel zwischen den Tarifen Care Expatriate Basic, Care Expatriate Comfort und Care Expatriate Premium ist während der Vertragszeit nicht möglich. Sofern ein Tarifwechsel nachweislich aufgrund einer behördlichen Auflage für die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung erforderlich wird, kann der Versicherungsschutz in einem neuen Vertrag eines anderen Tarifes fortgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die verbleibende Vertragslaufzeit aus dem bisherigen Vertrag nicht überschritten wird. Rechte und Pflichten aus dem Vorvertrag gehen dann auf den neuen Vertrag über. Für die Mehrleistungen aus dem neu gewählten Tarif gelten die vertraglichen Regelungen wie bei einem Neuabschluss. Die Umstellung kann nicht rückwirkend erfolgen.

**II. Mindest- und Höchstversicherungsdauer, Weiterversicherungsrecht**

1. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 3 Monate.
2. Die Höchstversicherungsdauer für Aufenthalte außerhalb der Bundesrepublik Deutschland beträgt 5 Jahre. Nach Ablauf von 5 Jahren kann ein eigenständiger Anschlussvertrag nach den Voraussetzungen des § 2 II. des Allgemeinen Teils der VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) abgeschlossen werden. Der Abschluss eines eigenständigen Anschlussvertrages ist nur mit Zustimmung des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres (80. Geburtstag) der versicherten Person möglich. Die Zustimmung muss in Textform abgegeben sein. Es werden der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif sowie das dann gültige Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt.
3. Die Höchstversicherungsdauer für Reisen in die Bundesrepublik Deutschland beträgt inklusive aller Verlängerungen maximal 60 Monate.

**III. Geltungsbereich/Heimatlandaufenthalte**

Im Rahmen des Tarifes Care Expatriate Basic besteht während des Auslandsaufenthaltes Versicherungsschutz für vorübergehende Heimatlandaufenthalte gem. § 6 Ziff. 1.e. des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) für eine Dauer von 30 Tagen.

**IV. Heilbehandlungskosten**

1. Eigenanteil
  - a. Von den erstattungsfähigen Kosten gemäß der folgenden Ziff. 2 bis 5 trägt der Versicherungsnehmer einen Eigenanteil in Höhe von 150,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer unterjährigen Versicherungsdauer verringert sich der Eigenanteil nicht.
  - b. Die Regelung des § 9 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen bleibt unberührt.
2. Heilbehandlungskosten  
Der Versicherer erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des versicherten Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Soweit der Umfang einer der nachstehenden Leistungen pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages, einschließlich aller Anschlussverträge. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
  - a. ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;
  - b. Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen. Der Tag der Geburt und der Tag der Entlassung zählen

jeweils als voller Kalendertag;

- c. Schwangerschaftsuntersuchungen, sofern die Schwangerschaft bei Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. bei Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages noch nicht bestanden hat;
  - d. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
  - e. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen sowie ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt 250,- EUR pro Versicherungsjahr;
  - f. ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und unmittelbar der Behandlung der Unfallfolgen dienen. Die Leistung ist auf 500,- EUR pro Versicherungsjahr begrenzt;
  - g. Röntgendiagnostik, Kernspinn- und Computertomografie;
  - h. ärztliche Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen. In diesem Rahmen sind psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen bis 100,- EUR je Sitzung, maximal 500,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr versichert;
  - i. Akutbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholenuss bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind. Ausgeschlossen bleiben Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - j. stationäre Behandlung in der jeweiligen allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung); erstattungsfähig sind auch Kosten für einen Belegarzt;
  - k. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus, bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
  - l. Operationen;
  - m. abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die Kosten für Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Vertragsbeginn bzw. nach Vertragsbeginn des Anschlussvertrages festgestellt wurde.
3. Zahnbehandlungskosten  
Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten für:
    - a. Medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie jährliche Kontrolluntersuchungen einschließlich Zahnreinigungen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, maximal bis 600,- EUR je Versicherungsjahr.
    - b. Unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz (inkl. Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, maximal 1.000,- EUR je Unfallereignis und angefangenem Versicherungsjahr.  
Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und kieferorthopädische Behandlungen.  
Dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, werden von den erstattungsfähigen Kosten nur bis 250,- EUR erstattet.
    - c. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. des Anschlussvertrages.
  4. Rücktransport/Überführungs- und Bestattungskosten  
Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –:
    - a. die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
    - b. Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 25.000,- EUR oder
    - c. Bestattungskosten im Aufenthaltsland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 25.000,- EUR.

**Versicherungsbedingungen  
für Auslandskrankenversicherungen  
von Expatriates  
bei der Advigon Versicherung AG  
VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05)**



**5. Nachhaftung**

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs längstens bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, jedoch höchstens bis zur Dauer von einem Monat weiter.

**V. Assistance-Leistungen**

Über eine weltweite Notruftelefonnummer erteilt der Versicherer Auskünfte über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung im In- und Ausland, wie z. B. die Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Fachkliniken mit entsprechenden Sprachkenntnissen.

**VI. Krankenhaustagegeld**

Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, gewährt der versicherten Person bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles nach § 7 I. Ziff. 2 dieser Bedingungen auf Antrag ein pauschaliertes Krankenhaustagegeld in Höhe von 100,- EUR. Die Zahlung des Krankenhaustagegeldes setzt voraus, dass die Dauer der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung mindestens 14 Kalendertage beträgt.

Der Tag der Einlieferung und der Entlassung bleiben bei der Berechnung der 14-tägigen Aufenthaltsdauer unberücksichtigt.

Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen desselben Versicherungsfalles gelten als ein Aufenthalt, wenn die Frist zwischen den einzelnen erforderlichen vollstationären Krankenhausaufenthalten maximal 30 Kalendertage beträgt. Im Übrigen erfolgt keine Zusammenrechnung einzelner vollstationärer Krankenhausbehandlungen. Die Leistung durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, erfolgt einmalig pro Versicherungsfall.

**Tarif Care Expatriate 2021\_05 Comfort – Tarifbedingungen  
(TB/CExp2021\_05 Co)**

**I. Vertragsabschluss**

Ergänzend zu § 1 Ziff. 2 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) gilt:

1. Dieser Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, die sich voraussichtlich länger als 6 Monate im Ausland aufhalten.
2. Ein Wechsel zwischen den Tarifen Care Expatriate Basic, Care Expatriate Comfort und Care Expatriate Premium ist während der Vertragszeit nicht möglich. Sofern ein Tarifwechsel nachweislich aufgrund einer behördlichen Auflage für die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung erforderlich wird, kann der Versicherungsschutz in einem neuen Vertrag eines anderen Tarifes fortgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die verbleibende Vertragslaufzeit aus dem bisherigen Vertrag nicht überschritten wird. Rechte und Pflichten aus dem Vorvertrag gehen dann auf den neuen Vertrag über. Für die Mehrleistungen aus dem neu gewählten Tarif gelten die vertraglichen Regelungen wie bei einem Neuabschluss. Die Umstellung kann nicht rückwirkend erfolgen.

**II. Mindest-, Höchstversicherungsdauer, Anschlussvertrag, Weiterversicherungsrecht**

1. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 3 Monate.
2. Die Höchstversicherungsdauer für Aufenthalte außerhalb der Bundesrepublik Deutschland beträgt 5 Jahre. Nach Ablauf von 5 Jahren kann ein rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag nach den Voraussetzungen des § 2 II. des Allgemeinen Teils der VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) abgeschlossen werden. Der Abschluss eines eigenständigen Anschlussvertrages ist nur mit Zustimmung des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres (80. Geburtstag) der versicherten Person möglich. Die Zustimmung muss in Textform abgegeben sein. Es werden der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif sowie das dann gültige Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt.
3. Wird für Aufenthalte im weltweiten Ausland – mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland – der Erstvertrag für eine Dauer von 5 Jahren abgeschlossen, hat die versicherte Person einen Anspruch darauf, zum gleichen Tarif einen neuen, rechtlich selbständigen Anschlussvertrag für die Dauer von weiteren 5 Jahren abzuschließen. Voraussetzung ist, dass der auf 5 Jahre abgeschlossene Erstvertrag ohne Unterbrechung bestanden hat. Der Versicherer hat die Möglichkeit, nach einer Risikoprüfung für den Anschlussvertrag einen Risikozuschlag von bis zu 100 % auf die zugrunde zu

liegende Tarifprämie zu erheben. Die Bestimmungen gem. § 2 II. Ziff. 2 der VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) kommen in diesem Fall nicht zur Anwendung.

4. Die Höchstversicherungsdauer für Reisen in die Bundesrepublik Deutschland beträgt inklusive aller Verlängerungen maximal 60 Monate.
5. Mit Ablauf des Produktes Care Expatriate erwirbt die versicherte Person das Recht, ohne Wartezeiten bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG eine Weiterversicherung nach dem Tarif "Mini" in folgenden Fällen abzuschließen:

- bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland oder dem Wegfall der Versicherungsmöglichkeiten nach § 195 Abs. 3 VVG;

- bei endgültiger Rückkehr einer versicherten Person mit deutscher Staatsangehörigkeit aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland.

Die HanseMerkur Krankenversicherung AG hat die Möglichkeit, nach einer Risikoprüfung für eine Weiterversicherung im Tarif Mini einen Risikozuschlag von bis zu 100 % auf die zugrunde zu legende Tarifprämie zu erheben. Voraussetzung für die Weiterversicherung im Tarif Mini ist, dass keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht und die Weiterversicherung innerhalb eines Monats nach Ablauf des Produktes Care Expatriate beantragt wird.

**III. Geltungsbereich/Heimatlandaufenthalte**

Im Rahmen des Tarifes Care Expatriate Comfort besteht während der Reise für vorübergehende Heimatlandaufenthalte gem. § 6 Ziff. 1 e. des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) Versicherungsschutz für eine Dauer von 45 Tagen.

**IV. Heilbehandlungskosten**

**1. Eigenanteil**

a. Von den erstattungsfähigen Kosten gemäß der folgenden Ziff. 2 bis 5 trägt der Versicherungsnehmer den vertraglich vereinbarten Eigenanteil. Im Rahmen des Tarif Care Expatriate Comfort beträgt der Eigenanteil wahlweise 150,- EUR oder 500,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer unterjährigen Versicherungsdauer verringert sich der Eigenanteil nicht.

b. Die Regelung des § 9 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen bleibt unberührt.

**2. Heilbehandlungskosten**

Der Versicherer erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Soweit der Umfang einer der nachstehenden Leistungen pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages, einschließlich aller Anschlussverträge. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

a. ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;

b. Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen. Der Tag der Geburt und der Tag der Entlassung zählen jeweils als voller Kalendertag;

c. Schwangerschaftsuntersuchungen, sofern die Schwangerschaft bei Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. bei Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages noch nicht bestanden hat;

d. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis maximal 250,- EUR je Versicherungsjahr, insbesondere  
- zur Früherkennung von Krebserkrankungen  
- zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit  
- zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes

e. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;

f. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen sowie ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt 500,- EUR pro Versicherungsjahr;



**Versicherungsbedingungen  
für Auslandskrankenversicherungen  
von Expatriates  
bei der Advigon Versicherung AG  
VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05)**



- g. ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung bis zu 500,- EUR je Versicherungsjahr; außerdem ärztlich verordnete Hör- und Sprechhilfen sowie Rollstühle bis zu 1.000,- EUR je Versicherungsjahr;
- h. Fahrtkosten vom Unfallort ins nächst erreichbare geeignete Krankenhaus sowie bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit zum nächst erreichbaren Arzt und zurück. Die Leistung ist auf 500,- EUR pro Versicherungsjahr begrenzt;
- i. ärztlich verordnete Sehhilfen sind bis zu 100,- EUR je Versicherungsjahr erstattungsfähig. Nach dem ersten Versicherungsjahr entsteht ein erneuter Anspruch dann, wenn sich die Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat;
- j. Röntgendiagnostik, Kernspinn- und Computertomografie;
- k. ärztliche Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen. In diesem Rahmen sind psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen bis 100,- EUR je Sitzung, maximal bis 1.000,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr versichert;
- l. Akutbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind. Ausgeschlossen bleiben Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- m. stationäre Behandlung in der jeweiligen allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung); erstattungsfähig sind auch Kosten für einen Belegarzt;
- n. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus, bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
- o. Operationen;
- p. abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die Kosten für Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Vertragsbeginn bzw. nach Vertragsbeginn des Anschlussvertrages festgestellt wurde.
3. Zahnbehandlungskosten  
Der Versicherer erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten für:
- a. Medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie jährliche Kontrolluntersuchungen einschließlich Zahnreinigungen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages;
- b. medizinisch notwendigen Zahnersatz (inkl. Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz) zu 60 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.  
Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und kieferorthopädische Behandlungen.  
Dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden.  
Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Die Erstattung ist begrenzt auf maximal
- 500,- EUR für Behandlungen im ersten Versicherungsjahr,
  - 1.000,- EUR für Behandlungen im zweiten Versicherungsjahr,
  - 1.500,- EUR für Behandlungen im dritten Versicherungsjahr,
  - 2.500,- EUR für Behandlungen in jedem folgenden Versicherungsjahr.
- Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, wird bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit nur für 50 % von den maximal erstattungsfähigen Behandlungskosten geleistet.
- c. Unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz (inkl. Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, maximal 2.000,- EUR je Unfallereignis und angefangenem Versicherungsjahr. Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und kieferorthopädische Behandlungen. Dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, wird bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit nur für 50 % von den maximal erstattungsfähigen Behandlungskosten geleistet.
- d. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. des Anschlussvertrages.
4. Krankenhaustagegeld  
Im Falle einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person wegen
- unerwarteter und akut während des Auslandsaufenthaltes aufgetretener Krankheit (einschließlich Krankheitssymptomen),
  - Unfall,
  - Komplikationen in der natürlichen Schwangerschaft,
  - Entbindung,
- erbringt der Versicherer nach Ablauf der Wartezeit für jeden Tag des vollstationären Aufenthaltes ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20,- EUR. Der Tag der Einlieferung und der Tag der Entlassung werden jeweils als ein voller Tag gerechnet. Das Krankenhaustagegeld wird für maximal 20 Tage je angefangenes Versicherungsjahr erbracht. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn des Erstvertrages einschließlich aller Anschlussverträge. Im Falle einer unterjährigen Vertragsdauer reduziert sich die maximale Dauer, in der das Krankenhaustagegeld erbracht wird
- auf 15 Tage bei einer Laufzeit von mehr als sechs und weniger als 12 Monaten und
  - auf 10 Tage bei einer Dauer von 6 Monaten.
5. Rücktransport/Überführungs- und Bestattungskosten  
Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –
- a. die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
- b. Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 25.000,- EUR oder
- c. Bestattungskosten im Aufenthaltsland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären höchstens bis zu 25.000,- EUR.
6. Nachhaftung  
Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs längstens bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, jedoch höchstens bis zur Dauer von 3 Monaten weiter.

**V. Assistance-Leistungen/Reisekostenzuschuss Angehörige**

1. Über eine weltweite Notruftelefonnummer erteilt der Versicherer Auskünfte über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung im In- und Ausland, wie z. B. die Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Fachkliniken mit entsprechenden Sprachkenntnissen.
2. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet auf Antrag bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles nach § 71. Ziff. 2 dieser Bedingungen einen Reisekostenzuschuss für den Besuch von Angehörigen während des vollstationären Aufenthaltes der versicherten Person. Die Zahlung des Zuschusses setzt voraus, dass die Dauer der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung mindestens 14 Kalendertage beträgt. Die Tage der Einlieferung und der Entlassung bleiben bei der Berechnung der 14-tägigen Aufenthaltsdauer unberücksichtigt.  
Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen desselben Versicherungsfalles gelten als ein Aufenthalt, wenn die Frist zwischen den einzelnen erforderlichen vollstationären Krankenhausaufenthalten maximal 30 Kalendertage beträgt.  
Der Reisekostenzuschuss setzt voraus, dass der Besuch der versicherten Person während des vollstationären Aufenthaltes durch einen Ehegatten, Lebenspartner sowie eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person erfolgt. Die entsprechenden Regelungen des BGB zum Verwandtschaftsgrad finden Anwendung.  
Der Versicherer erstattet die Kosten der Reise in Verkehrsmittel des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs (2. Klasse bei Bahn- bzw. Busanreise sowie Economy-Class bei Flugzeuganreise) ebenso wie die Anreisekosten per PKW. Der Versicherer leistet den Reisekostenzuschuss einmalig pro Versicherungsfall bis zu einer Höhe von maximal 500,- EUR. Die tatsächlich entstandenen Reisekosten müssen durch den Versicherungsnehmer durch Einreichen entsprechender Originalbelege nachgewiesen werden.

## **VI. Aufhebung bestimmter Einschränkungen des Versicherungsschutzes**

Der Eigenanteil gemäß IV. Ziff. 1 b. der Tarifbestimmungen für den Tarif Care Expatriate Comfort (TB/CExp2021\_05 Co) kann auf Antrag durch Gesundheitsprüfung entfallen. Hierzu ist ein von dem Versicherer vorgesehener Fragenkatalog vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten und dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, innerhalb von 31 Tagen nach Antragstellung zur Prüfung vorzulegen. In diesem Rahmen können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Der Wegfall des Eigenanteils wirkt erst mit Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein, mit dem der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, den Wegfall schriftlich bestätigt. Bis dahin gelten die Einschränkungen vollumfänglich weiter.

## **Tarif Care Expatriate 2021\_05 Premium – Tarifbedingungen (TB/CExp2021\_05 Pr)**

### **I. Vertragsabschluss**

Ergänzend zu § 1 Ziff. 2 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) gilt:

1. Dieser Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, die sich voraussichtlich länger als 6 Monate im Ausland aufhalten.
2. Ein Wechsel zwischen den Tarifen Care Expatriate Basic, Care Expatriate Comfort und Care Expatriate Premium ist während der Vertragszeit nicht möglich. Sofern ein Tarifwechsel nachweislich aufgrund einer behördlichen Auflage für die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung erforderlich wird, kann der Versicherungsschutz in einem neuen Vertrag eines anderen Tarifes fortgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die verbleibende Vertragslaufzeit aus dem bisherigen Vertrag nicht überschritten wird. Rechte und Pflichten aus dem Vorvertrag gehen dann auf den neuen Vertrag über. Für die Mehrleistungen aus dem neu gewählten Tarif gelten die vertraglichen Regelungen wie bei einem Neuabschluss. Die Umstellung kann nicht rückwirkend erfolgen.

### **II. Mindest-, Höchstversicherungsdauer, Anschlussvertrag, Weiterversicherungsrecht**

1. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 3 Monate.
2. Die Höchstversicherungsdauer für Aufenthalte außerhalb der Bundesrepublik Deutschland beträgt 5 Jahre. Nach Ablauf von 5 Jahren kann ein eigenständiger Anschlussvertrag nach den Voraussetzungen des § 2 II. des Allgemeinen Teils der VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) abgeschlossen werden. Der Abschluss eines eigenständigen Anschlussvertrages ist nur mit Zustimmung des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres (80. Geburtstag) der versicherten Person möglich. Die Zustimmung muss in Textform abgegeben sein. Es werden der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif sowie das dann gültige Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt.
3. Wird für Aufenthalte im weltweiten Ausland – mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland - der Erstvertrag für eine Dauer von 5 Jahren abgeschlossen, hat die versicherte Person einen Anspruch darauf, zum gleichen Tarif einen neuen, rechtlich selbstständigen Anschlussvertrag für die Dauer von weiteren 5 Jahren abzuschließen. Voraussetzung ist, dass der auf 5 Jahre abgeschlossene Erstvertrag ohne Unterbrechung bestanden hat. Der hat die Möglichkeit, nach einer Risikoprüfung für den Anschlussvertrag einen Risikozuschlag von bis zu 100 % auf die zugrunde zu legende Tarifprämie zu erheben. Die Bestimmungen gem. § 2 II. Ziff. 2 der VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) kommen in diesem Fall nicht zur Anwendung.
4. Die Höchstversicherungsdauer für Reisen in die Bundesrepublik Deutschland beträgt inklusive aller Verlängerungen maximal 60 Monate.
5. Mit Ablauf des Produktes Care Expatriate erwirbt die versicherte Person das Recht, ohne Wartezeiten bei der HanseMercur Krankenversicherung AG eine Weiterversicherung nach dem Tarif "Mini" in folgenden Fällen abzuschließen:
  - bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland oder dem Wegfall der Versicherungsmöglichkeiten nach § 195 Abs. 3 VVG;
  - bei endgültiger Rückkehr einer versicherten Person mit deutscher Staatsangehörigkeit aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland.Die HanseMercur Krankenversicherung AG hat die Möglichkeit, nach einer Risikoprüfung für eine Weiterversicherung im Tarif Mini einen Risikozuschlag

von bis zu 100 % auf die zugrunde zu legende Tarifprämie zu erheben. Voraussetzung für die Weiterversicherung im Tarif Mini ist, dass keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht und die Weiterversicherung innerhalb eines Monats nach Ablauf des Produktes Care Expatriate beantragt wird.

### **III. Geltungsbereich/Heimatlandaufenthalt**

Im Rahmen des Tarifes Care Expatriate Premium besteht während der Reise für vorübergehende Heimatlandaufenthalte gem. § 6 Ziff. 1 e. des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05) Versicherungsschutz für eine Dauer von 90 Tagen.

### **IV. Heilbehandlungskosten**

1. Eigenanteil
  - a. Von den erstattungsfähigen Kosten gemäß der folgenden Ziff. 2 bis 5 trägt der Versicherungsnehmer den vertraglich vereinbarten Eigenanteil. Im Rahmen des Tarif Care Expatriate Premium beträgt der Eigenanteil wahlweise 0,- EUR, 500,- EUR oder 1.000,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer unterjährigen Versicherungsdauer verringert sich der Eigenanteil nicht.
  - b. Die Regelung des § 9 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen bleibt unberührt.
2. Heilbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Soweit der Umfang einer der nachstehenden Leistungen pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages, einschließlich aller Anschlussverträge. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

  - a. ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;
  - b. Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen. Der Tag der Geburt und der Tag der Entlassung zählen jeweils als voller Kalendertag;
  - c. Schwangerschaftsuntersuchungen, sofern die Schwangerschaft bei Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. bei Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages noch nicht bestanden hat;
  - d. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis maximal 500,- EUR je Versicherungsjahr, insbesondere
    - zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
    - zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit
    - zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes;
  - e. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
  - f. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen sowie ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt 1.500,- EUR pro Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn;
  - g. ärztlich verordnete Hilfsmittel bis 2.500,- EUR pro Versicherungsjahr; außerdem ärztlich verordnete Hör- und Sprechhilfen sowie Rollstühle bis zu 1.000,- EUR je Versicherungsjahr; außerdem ärztlich verordnete Sehhilfen bis zu 300,- EUR je Versicherungsjahr. Nach dem ersten Versicherungsjahr entsteht ein erneuter Anspruch auf eine Sehhilfe dann, wenn sich die Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat;
  - h. Röntgendiagnostik, Kernspinn- und Computertomografie, Positronen-emissions-(PET) und Computer-Positronenemissionstomografie (CT-PET);
  - i. ärztliche Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen. In diesem Rahmen sind psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen bis 150,- EUR je Sitzung, maximal 1.500,- EUR je angefangenes Versicherungsjahr versichert,
  - j. Akutbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bedingte

- Bewusstseinsstörung zurückzuführen ist. Ausgeschlossen bleiben Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- k. in der Bundesrepublik Deutschland stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung); erstattungsfähig sind auch Kosten für einen Belegarzt;
- l. außerhalb der Bundesrepublik Deutschland stationäre Behandlung im Einbett- oder Zweibettzimmer, ohne weitere Wahlleistungen (z. B. privatärztliche Behandlung); erstattungsfähig sind auch Kosten für einen Belegarzt;
- m. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus, bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
- n. Operationen;
- o. abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die Kosten für Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Vertragsbeginn bzw. nach Vertragsbeginn des Anschlussvertrages festgestellt wurde;
- p. abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05)) für die Dauer eines Monats palliativmedizinische Betreuung und Behandlung, die stationär, teilstationär oder ambulant erbracht wird, nachdem diagnostiziert wurde, dass die versicherte Person durch Behandlung nicht mehr geheilt werden kann und sich im Endstadium befindet. In diesem Rahmen sind versichert die Kosten für physische und psychologische Behandlung, den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Hospiz sowie für die Behandlung und Betreuung erforderliche verschreibungspflichtige Arzneimittel.
3. Zahnbehandlungskosten  
Soweit der Umfang einer der nachstehenden Leistungen pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages, einschließlich aller Anschlussverträge. Der Versicherer erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten für
- a. medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie jährliche Kontrolluntersuchungen einschließlich Zahnreinigungen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages;
- b. medizinisch notwendigen Zahnersatz (inkl. Reparaturen) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn) und kieferorthopädische Behandlungen. Dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Die Erstattung ist begrenzt auf maximal
- 750,- EUR für Behandlungen im ersten Versicherungsjahr,
  - 1.500,- EUR für Behandlungen im zweiten Versicherungsjahr,
  - 2.500,- EUR für Behandlungen im dritten Versicherungsjahr,
  - 4.000,- EUR für Behandlungen in jedem folgenden Versicherungsjahr.
- Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, wird bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit nur für 50 % von den maximal erstattungsfähigen Behandlungskosten geleistet;
- c. unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz (inkl. Reparaturen) zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, maximal 3.000,- EUR je Unfallereignis und angefangenem Versicherungsjahr.  
Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn) und kieferorthopädische Behandlungen.  
Dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, wird von den erstattungsfähigen Kosten nur bis zu 500,- EUR geleistet.
4. Krankenhaustagegeld  
Im Falle einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person wegen
- unerwarteter und akut während des Auslandsaufenthaltes aufgetretener Krankheit (einschließlich Krankheitssymptomen),
  - Unfall,
  - Komplikationen in der natürlichen Schwangerschaft,
  - Entbindung
- erbringt der Versicherer nach Ablauf der Wartezeit für jeden Tag des vollstationären Aufenthaltes ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30,- EUR. Der Tag der Einlieferung und der Tag der Entlassung werden jeweils als ein voller Tag gerechnet. Das Krankenhaustagegeld wird für maximal 30 Tage je angefangenes Versicherungsjahr erbracht. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn des Erstvertrages einschließlich aller Anschlussverträge. Im Falle einer unterjährigen Vertragsdauer reduziert sich die maximale Dauer, in der das Krankenhaustagegeld erbracht wird
- auf 15 Tage bei einer Laufzeit von mehr als sechs und weniger als 12 Monaten und
  - auf 10 Tage bei einer Dauer von 6 Monaten.
5. Rücktransport/Überführungs- und Bestattungskosten  
Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –:
- a. die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet wird und medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
- b. Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 25.000,- EUR oder
- c. Bestattungskosten im Aufenthaltsland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären höchstens bis zu 25.000,- EUR.
6. Nachhaftung  
Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs längstens bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.
- V. Assistance-Leistungen/Reisekostenzuschuss für Angehörige**
1. Über eine weltweite Notruftelefonnummer erteilt der Versicherer Auskünfte über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung im In- und Ausland, wie z. B. die Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Fachkliniken mit entsprechenden Sprachkenntnissen.
2. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet auf Antrag bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles nach § 7 I. Ziff. 2 dieser Bedingungen einen Reisekostenzuschuss für den Besuch von Angehörigen während des vollstationären Aufenthaltes der versicherten Person.  
Die Zahlung des Zuschusses setzt voraus, dass die Dauer der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung mindestens 14 Kalendertage beträgt.  
Die Tage der Einlieferung und der Entlassung bleiben bei der Berechnung der 14tägigen Aufenthaltsdauer unberücksichtigt. Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen desselben Versicherungsfalles gelten als ein Aufenthalt, wenn die Frist zwischen den einzelnen erforderlichen vollstationären Krankenhausaufhalten maximal 30 Kalendertage beträgt.  
Der Reisekostenzuschuss setzt voraus, dass der Besuch der versicherten Person während des vollstationären Aufenthaltes durch einen Ehegatten, Lebenspartner sowie eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person erfolgt. Die entsprechenden Regelungen des BGB zum Verwandtschaftsgrad finden Anwendung.  
Der Versicherer erstattet die Kosten der Reise in Verkehrsmittel des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs (2. Klasse bei Bahn- bzw. Busanreise sowie Economy-Class bei Flugzeuganreise) ebenso wie die Anreisekosten per PKW. Der Versicherer leistet den Reisekostenzuschuss einmalig pro Versicherungsfall bis zu einer Höhe von maximal 1.000,- EUR.  
Die tatsächlich entstandenen Reisekosten müssen durch den Versicherungsnehmer durch Einreichen entsprechender Originalbelege nachgewiesen werden.

**Versicherungsbedingungen  
für Auslandskrankenversicherungen  
von Expatriates  
bei der Advigon Versicherung AG  
VB-KV 2021\_05 (CExp2021\_05)**



**VI. Aufhebung bestimmter Einschränkungen des Versicherungsschutzes**

Der Eigenanteil gemäß IV. Ziff. 1 b. der Tarifbestimmungen für den Tarif Care Expatriate Premium (TB/CExp2021\_05 Pr) kann auf Antrag durch Gesundheitsprüfung entfallen. Hierzu ist ein von dem Versicherer vorgesehener Fragenkatalog vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten und dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, innerhalb von 31 Tagen nach Antragstellung zur Prüfung vorzulegen. In diesem Rahmen können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Der Wegfall des Eigenanteils wirkt erst mit Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein, mit dem der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, den Wegfall schriftlich bestätigt. Bis dahin gelten die Einschränkungen vollumfänglich weiter.

**Anlage 1: Nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten gemäß § 1 Ziff. 3 c. der Versicherungsbedingungen**

Berufe	Bestimmung zu den Tätigkeiten	Begrenzung des Ausschlusses
Artisten	Alle Tätigkeiten	
Bauarbeiter	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur folgende Tätigkeiten sind ausgeschlossen:
		Betonbauer
		Dachdecker
		Gerüstbauer
		Hochbaufacharbeiter
		Maurer
		Stahlbetonbauer
		Stuckateure
		Tiefbauer
		Zimmerer
Bergmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Berufssoldaten	Alle Tätigkeiten	
Berufstaucher	Alle Tätigkeiten	
Dompteure	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur soweit ursprüngliche Wildtiere (Raubkatzen, Elefanten, etc.) domptiert werden
Fallschirmspringer	Alle Tätigkeiten	
Feuerwehrmänner / -frauen	Alle Tätigkeiten	
Hochseefischer	Alle Tätigkeiten	
Metzger	Alle Tätigkeiten	
Offshore-Arbeiter	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur unmittelbar in der Ölförderung Tätige
Prostituierte/ Pomodarsteller	Alle Tätigkeiten	
Pyrotechniker	Alle Tätigkeiten	
Sicherheitskräfte	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur folgende Tätigkeiten sind ausgeschlossen
		Personenschützer
		Wachpersonal
Sprengmeister	Alle Tätigkeiten	
Stuntmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Zerleger	Ausgewählte Tätigkeiten	Tätigkeit in der Fleischzerlegung