

Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Au-pairs bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2020_4 (CAP2020_4)



A. Allgemeiner Teil (gültig für alle 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, die bis zur Vollendung des 36. Lebensjahres (36. Geburtstag) eine Au-pair-Stelle annehmen, sofern sie eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:
 - a. Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland;
 - b. Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich sowie Staatsangehörige der EG-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich während eines Aufenthaltes im Ausland;
 - c. Personen mit anderer Staatsangehörigkeit während eines Aufenthaltes im Ausland, sofern sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens 2 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
 - a. bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beginn der Verlängerung des Versicherungsschutzes das 36. Lebensjahr vollendet haben (36. Geburtstag);
 - b. in der Bundesrepublik Deutschland einer gesetzlichen Kranken- und/oder 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 Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
 - e. illegal in das Aufenthaltsland eingereist sind bzw. sich dort illegal aufhalten;
 - f. 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 abgeschlossen hatten, deren Gesamtversicherungsdauer einen Zeitraum von 5 Jahren überschritten hat (gemäß § 195 Abs. 3 VVG). Dies gilt auch dann, wenn mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherern bestanden haben;
 - g. sich bei Antragsstellung 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;
 - h. sich vorbehaltlich der vorrangigen Regelung zur Kindermachversicherung (vgl. § 2 Ziff. 10 dieser Bedingungen) ohne einen die Versicherungsfähigkeit begründenden Au-pair-Vertrag im Reiseland aufhalten.
4. Die Versicherungsfähigkeit entfällt, wenn der Au-pair-Vertrag beendet ist bzw. aus den in § 2 Ziff. 8 dieser Bedingungen genannten Gründen nicht mehr besteht. Die Versicherungsfähigkeit entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb eines Jahres nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich zu stellen. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages bei dem Versicherer. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder Österreich bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland, ist auf Verlangen nachzuweisen.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von dem Versicherer hierfür vorgesehene Antrag, auch soweit er in elektronischer Form zu stellen ist, ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer eingeht 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.

3. Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziff. 2 und 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers bzw. der Care Concept AG – zur Verfügung.
4. Mindest- und Höchstversicherungsdauer
 - a. Die Mindestversicherungsdauer beträgt einen Monat.
 - b. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 2 Jahre.
5. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann für den weiteren, ursprünglich nicht versicherten Auslandsaufenthalt, ein Verlängerungsvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
 - a. Der Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes muss auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des laufenden Versicherungsvertrages bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, über die Homepage der Care Concept AG eingereicht werden.
 - b. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, muss dem Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen Verlängerungsvertrag ausdrücklich zustimmen. Der Verlängerungsvertrag 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 versicherten Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland ist eine Verlängerung des Versicherungsschutzes nur möglich, sofern unter Berücksichtigung aller vorbestehenden Krankenversicherungsverträge mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland eine Gesamtversicherungsdauer von 5 Jahren nicht überschritten wird.
Der Versicherer ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes bestanden haben, zu informieren.
6. Bei einer Verlängerung des Versicherungsschutzes
 - a. besteht Versicherungsschutz für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Antrages) neu eingetreten sind;
 - b. besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die während des ursprünglich bei dem Versicherer geschlossenen Versicherungsvertrages vor Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes behandelt worden sind bzw. bestanden haben;
 - c. gelten die §§ 6 Ziff. 2, 7 I. Ziff. 3, 8 Ziff. 1 a. und k. entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II. Ziff. 3 zu beachten.
7. Versicherte Personen, die aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-pair ausüben, können bei Wechsel der Gastfamilie innerhalb des ursprünglich versicherten Zeitraumes, einen Wechselvertrag im Rahmen dieser Bedingungen abschließen, sofern:
 - a. der Antrag innerhalb von 2 Monaten nach Wechsel der Gastfamilie gestellt wird;
 - b. der ursprüngliche versicherte Zeitraum bei dem Versicherer versichert war;
 - c. der Wechselvertrag in direktem Anschluss an den Vorvertrag beginnt;
 - d. der Wechselvertrag vor Ende des Vorvertrages beantragt wird;
 - e. der Wechselvertrag zum selben Zeitpunkt enden soll wie der Vorvertrag. Rechte und Pflichten aus dem Vorvertrag gehen dann in den Wechselvertrag über. Auf Höchstsätze abgestellte Versicherungsleistungen werden zusammengerechnet. In der Krankenversicherung werden Erkrankungen und Beschwerden, die während der Vorverträge bei dem Versicherer erstmals aufgetreten sind, im Wechselvertrag mitversichert.
 - f. sofern kein Wechselvertrag geschlossen wird, endet der Versicherungsschutz mit Ablauf von 14 Tagen nach dem Gastfamilienwechsel.
8. Der Versicherungsvertrag endet
 - a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - b. mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich. Sind die versicherten Personen nicht mit dem Versicherungsnehmer identisch, so haben die versicherten Personen das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die

Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Au-pairs bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2020_4 (CAP2020_4)



- Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
- c. mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich bzw. im Ausland;
 - d. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich oder im Ausland nicht mehr vorliegen, da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich oder im Ausland entschieden hat oder da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
 - e. wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 Ziff. 1 und 2 dieser Bedingungen entfällt.
9. Bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland, hat jede versicherte Person das Recht auf Weiterversicherung im Basistarif bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
10. Kindermachversicherung
- a. 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 erfolgt ist.
Als Nachweis genügt die Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde in Textform per E-Mail, Fax oder Post.
 - b. Voraussetzung für die Kindermachversicherung ist, dass:
 - aa. der Vertrag des versicherten Elternteils am Tag der Geburt mindestens 3 Monate ununterbrochen bestanden hat;
 - bb. der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und nicht umfassender ist, als der des versicherten Elternteils;
 - cc. kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
 - c. 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. Für die Beantragung gelten die Fristen in Ziff. 10 a. dieses Paragraphen entsprechend.
 - d. 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 Annahme des Versicherungsvertrages durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragraphen unter Ziff. 1 bis 9 entsprechend.
 - e. Die Verpflichtung des Versicherers zur Gewährung von Versicherungsschutz im Rahmen der Kindermachversicherung 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 – jederzeit durch den Versicherungsnehmer für die Zukunft gekündigt werden. Die Mindestversicherungsdauer ist in § 2 Ziff. 4 dieser Bedingungen geregelt. Bei Kündigung steht dem Versicherungsnehmer die Rückerstattung der Versicherungsprämie für den Zeitraum des nicht in Anspruch genommenen Versicherungsschutzes zu. Die Kündigung entzieht dem Versicherer nicht das Recht, die Zahlung der Prämie für den Zeitraum zu fordern, für den Versicherungsschutz durch den Versicherer geleistet 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 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 dem Versicherungsschein.
 - 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 der 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. Buchstabe b. bleibt hiervon unberührt. 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.
3. Einzelheiten zur Prämienzahlung
 - a. Die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Überweisung, per Kreditkartenzahlung oder per PayPal 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 Versicherungsnehmer, noch – im Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist – der Versicherungsnehmer und/oder 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 Verlängerungsverträgen

Die Berechnung der Prämien erfolgt auf Grundlage der zum Versicherungsbeginn des Verlängerungsvertrages 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. Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz gemäß diesen Bedingungen.
 - b. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt, mit Ausnahme der Staaten, USA, Kanada, Mexiko, sowie der Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt und/oder in dem sie einen ständigen Wohnsitz hat
- für Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland: die Bundesrepublik Deutschland oder Österreich;

Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Au-pairs bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2020_4 (CAP2020_4)



- für Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich, sowie für Staatsangehörige der EU-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich: alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich;
 - für Personen mit anderer Staatsangehörigkeit, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens 2 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben: alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich;
 - c. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt
 - d. Versicherungsschutz besteht auch für die die Staatsgebiete derjenigen Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person zusätzlich innehat (= doppelte Staatsangehörigkeit), sofern die versicherte Person dort seit mindestens 5 Jahren keinen ständigen Wohnsitz mehr besitzt.
 - e. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen (allgemeiner und besonderer Teil), sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
 - f. Abweichend von b. und c. besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern Versicherungsschutz:
 - Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer (einschließlich aller Verlängerungen) besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr aus dem vereinbarten örtlichen Geltungsbereich in das Heimatland der versicherten Person.
 - Unabhängig von der Vertragslaufzeit besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Urlaubsreise mit der Gastfamilie in ein weiteres Land (Drittland).
 - Der Versicherungsschutz für Aufenthalte im Heimatland bzw. in Drittländern ist insgesamt begrenzt auf maximal sechs Wochen je Versicherungsjahr.
 - Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinander folgenden Verträge. Voraussetzung für eine Leistung im Rahmen der Deckungserweiterung ist, Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland oder Drittland während der Vertragslaufzeit vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachzuweisen.
- Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziff. 4. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % der tarifgemäß maximal erstattungsfähigen Kosten geleistet.
2. Beginn
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
- a. nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
 - b. nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder Österreich bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;
 - c. nicht vor Zahlung der Prämie;
 - d. nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.
3. Ende
Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
- a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - b. für versicherte Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsbürgerschaft spätestens mit Beendigung des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes;
 - c. für Versicherte mit der Staatsbürgerschaft eines Drittlandes spätestens mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Republik Österreich;
 - d. mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
 - e. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich oder im Ausland nicht mehr vorliegen bzw. eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für das Reiseland erteilt wird;
 - f. wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 Ziff. 1 und 2 dieser Bedingungen entfällt. Die Versicherungsfähigkeit entfällt insbesondere dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat

- oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat;
 - g. nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland, spätestens jedoch nach dem 42. Tag für alle Ferienaufenthalte im Heimatland innerhalb eines Versicherungsjahres.
4. 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, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, max. für die Dauer von 3 Monaten weiter.

§ 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 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 Krankheit oder Unfallfolgen. 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, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat;
 - b. die Entbindung einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal zehn Kalendertagen;
 - c. der Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 frei. Im vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandelnden erstattet, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte 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, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr berechnen.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behandelnden 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.
6. 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 die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
7. 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, vertreten durch die

Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Au-pairs bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2020_4 (CAP2020_4)



Care Concept AG, kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, das nach den Bedingungen die Leistungspflicht begründet.

II. Wartezeiten

- Die allgemeine Wartezeit beträgt 31 Tage. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt,
 - 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;
 - bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.
- Eine seit Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder Österreich 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.
- Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen 8 Monate. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages an.

III. Heilbehandlungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

IV. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

- die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen Rücktransports in das Heimatland; höchstens bis zu 10.000,- EUR;
- die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 25.000,- EUR;
- im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 25.000,- EUR.

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

Soweit nach dem gewählten Tarif oder vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Keine Leistungspflicht besteht:
 - für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt oder die Verlängerung der Reise war;
 - für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;
 - für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Streik oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, sowie Rehabilitationsmaßnahmen, ausgenommen die medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung. Für eine Anschlussbehandlung gilt § 7 I. Ziff. 6 Satz 3;
 - für Entziehungsmassnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - für 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;
 - für Behandlungen durch Ehegatten, den Partner oder die Partnerin einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - 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;
 - für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - für bei Versicherungsbeginn bestehende Schwangerschaften und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei

Versicherungsbeginn

36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte;

- für Immunisierungsmaßnahmen;
 - für Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden;
 - für Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen. Abweichend hiervon werden diese Kosten im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Versicherungsbeginn festgestellt wurde;
 - für Vorsorgeuntersuchungen;
 - für Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
 - für Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen;
 - für Organspenden und deren Folgen.
- Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
 - der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - 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.
 - Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
 - Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder 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:

- Mitversichert sind,
 - Erkrankungen,
 - Folgen von Unfällen,
 - Gebrechenjeweils 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 feststand.
- Soweit eine gemäß § 9 Absatz 1 eingeschlossene Vorerkrankung, Folgen von Unfällen und/oder Gebrechen zu einem Versicherungsfall führen, so gilt: Von den erstattungsfähigen Kosten der Heilbehandlung für die bei Beantragung des Versicherungsschutzes bestehenden Vorerkrankungen, Folgen von Unfällen und/oder 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. 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.
- Die Bestimmungen der
 - § 2 Ziff. 5 Abschluss eines Verlängerungsvertrages
 - § 6 Ziff. 2 Beginn des Versicherungsschutzes
 - § 6 Ziff. 3 Ende des Versicherungsschutzes
 - § 7 I. Ziff. 2 Definition Versicherungsfall
 - § 7 II. Wartezeiten
 - § 8 Einschränkung der Leistungspflichtbleiben unberührt.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu

Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Au-pairs bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2020_4 (CAP2020_4)



- einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
- b. eine ambulante Behandlung dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, in Textform (E-Mail, Fax oder Post) anzuzeigen;
 - c. dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe seiner Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
 - d. im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zum Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, aufzunehmen.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
 3. Die Originalrechnungen sind einzureichen bei der
Care Concept AG
Postfach 30 02 62
53182 Bonn
 4. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet (vgl. § 10 Ziff. 6), wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
 - a. Originalbelege in der amtlichen Währung des Landes, in dem die Behandlung stattgefunden hat, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt 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 Rechnungszweitschriften;
 - b. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
 - c. eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
 - d. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und Österreich;
 - e. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland oder einem Drittland;
 - f. auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziff. 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im Aufenthaltsland;
 - g. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland.
 - h. 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;
 - i. die Beendigung des Au-pair-Vertrages als Grund für den Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich oder in einem anderen Mitgliedstaat der EU oder im Ausland (z. B. vorzeitige Beendigung des Au-pair-Aufenthaltes), dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, umgehend in Textform (E-Mail, Fax, Post) anzuzeigen.
 5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt und der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.
 6. Folgen von Obliegenheitsverletzungen
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 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.

§ 11 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch den Versicherer infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer, vertreten durch die 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.
3. 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.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. 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

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 gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Der Versicherer wird auf eine Kostenteilung mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandelnden aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, 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.

§ 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 (z. B. per E-Mail, Fax oder Post).
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber

Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Au-pairs bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2020_4 (CAP2020_4)



abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt 3 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, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 16 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtig.

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 2020_4 (CAP2020_4)

I. Tarif Care Au-Pair Si

Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet – abzüglich 50,-EUR Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen. In Anlehnung an § 7 I. Ziff. 2 des Allgemeinen Teils A. der Versicherungsbedingungen wird die Selbstbeteiligung für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie für Entbindungen fällig. Die Regelung des § 9 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen bleibt unberührt.
2. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 1,8-fachen Satz der GOÄ.
3. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a. ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beantragung des Versicherungsvertrages (technischer Beginn) noch nicht bestanden hat;
 - b. ärztliche Behandlungen, 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 Versicherungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
 - c. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - d. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
 - f. ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - g. Röntgendiagnostik;
 - h. unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
 - i. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - j. unaufschiebbare Operationen;
 - k. Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
 - l. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
4. Zahnbehandlungskosten
Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum 1,8-fachen Satz der GOZ. Der Versicherer erstattet unter Berücksichtigung von Ziff. I. 1 die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllung in nicht-dentinadhäsiver Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz und Reparaturen zu 100 % bis zu einem maximalen Erstattungsbetrag von insgesamt 250,- EUR je Versicherungsjahr.
5. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

II. Tarif Care Au-Pair S

Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet – abzüglich 35,-EUR Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen. In Anlehnung an § 7 I. Ziff. 2 des Allgemeinen Teils A. der Versicherungsbedingungen wird die Selbstbeteiligung für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sowie für Entbindungen fällig. Die Regelung des § 9 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen bleibt unberührt.

**Versicherungsbedingungen
für Auslandskrankenversicherungen
von Au-pairs
bei der Advigon Versicherung AG
VB-KV 2020_4 (CAP2020_4)**



2. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 1,8-fachen Satz der GOÄ.
3. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a. ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beantragung des Versicherungsvertrages (technischer Beginn) noch nicht bestanden hat;
 - b. ärztliche Behandlungen, 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 Versicherungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
 - c. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - d. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
 - f. ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - g. Röntgendiagnostik;
 - h. unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
 - i. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - j. unaufschiebbare Operationen;
 - k. Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
 - l. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
4. Zahnbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für:
 - a. schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in nicht-dentinadhäsiver Ausführung zu 100 Prozent. Ab einem voraussichtlichem Rechnungsbetrag von 250,- EUR ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen; nach Prüfung durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Höhe der Kostenübernahme. Wird ab einem voraussichtlichem Rechnungsbetrag von 250,- EUR vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, erstattet der Versicherer die Kosten bis zu 50 % der erstattungsfähigen Kosten.;
 - b. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50 % des Rechnungsbetrages bis zu maximal 250,- EUR je Versicherungsjahr;
 - c. unfallbedingte Zahnersatzkosten bis 1.000,- EUR je Versicherungsjahr. Der Versicherer erstattet die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen worden ist, zu 100 % bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 1.000,- EUR je Versicherungsjahr. Als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen sowie Beißen.
5. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.
6. Ausfallgeld bei einer stationären Krankenhausbehandlung
Der Versicherer zahlt ab dem 6.Tag einer vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person ein Krankenhaustagegeld von 10,- EUR pro Tag, für längstens 90 Tage je Versicherungsjahr, sofern der Krankenhausaufenthalt unter die Leistungspflicht fällt und der Versicherungsvertrag (einschließlich aller Verlängerungen) für den Zeitraum von mindestens 12 Monaten abgeschlossen wurde.

III. Tarif Care Au-Pair M

Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet die nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen. Die Regelung des § 9 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen bleibt unberührt.
2. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bis zu dort vorgesehenen Höchstsätzen;
3. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a. ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beantragung des Versicherungsvertrages (technischer Beginn) noch nicht bestanden hat;
 - b. ärztliche Behandlungen, 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 Versicherungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
 - c. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - d. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
 - f. ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - g. Röntgendiagnostik;
 - h. unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
 - i. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - j. unaufschiebbare Operationen;
 - k. Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
 - l. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
4. Zahnbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für:
 - a. schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in nicht-dentinadhäsiver Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 500,- EUR zu 100 % pro Versicherungsjahr. Ab einem voraussichtlichem Rechnungsbetrag von 500,- EUR ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen; nach Prüfung durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Höhe der Kostenübernahme. Wird ab einem voraussichtlichem Rechnungsbetrag von 500,- EUR vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, erstattet der Versicherer die Kosten bis zu 50 % der erstattungsfähigen Kosten;
 - b. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50 % des Rechnungsbetrages bis zu maximal 250,- EUR je Versicherungsjahr;
 - c. unfallbedingte Zahnersatzkosten bis 1.000,- EUR je Versicherungsjahr. Der Versicherer erstattet die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen worden ist, zu 100 % bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 1.000,- EUR je Versicherungsjahr. Als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen sowie Beißen.
5. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.
6. Ausfallgeld bei einer stationären Krankenhausbehandlung
Der Versicherer zahlt ab dem 6.Tag einer vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person ein Krankenhaustagegeld von 10,- EUR pro Tag, für längstens 90 Tage je Versicherungsjahr, sofern der Krankenhausaufenthalt unter die Leistungspflicht des Versicherers fällt und der Versicherungsvertrag (einschließlich aller Verlängerungen) für den Zeitraum von mindestens 12 Monaten abgeschlossen wurde.

IV. Tarif Care Au-Pair XL

Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet die nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen. Die Regelung des § 9 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen bleibt unberührt.
2. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.
3. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a. ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beantragung des Versicherungsvertrages (technischer Beginn) noch nicht bestanden hat;
 - b. ärztliche Behandlungen, 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 Versicherungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
 - c. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - d. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
 - f. ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - g. Röntgendiagnostik;
 - h. unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
 - i. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - j. unaufschiebbare Operationen;
 - k. Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit; einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
 - l. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
4. Zahnbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für:
 - a. schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in nicht-dentinadhäsiver Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,- EUR zu 100 % pro Versicherungsjahr. Ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000,- EUR ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen; nach Prüfung durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Höhe der Kostenübernahme. Wird ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.000,- EUR vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, erstattet der Versicherer die Kosten bis zu 50 % der erstattungsfähigen Kosten;
 - b. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50 % des Rechnungsbetrages bis zu maximal 250,- EUR je Versicherungsjahr;
 - c. unfallbedingte Zahnersatzkosten bis 1.000,- EUR je Versicherungsjahr. Der Versicherer erstattet die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen worden ist, zu 100 % bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 1.000,- EUR je Versicherungsjahr. Als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen sowie Beißen.
5. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.
6. Ausfallgeld bei einer stationären Krankenhausbehandlung
Der Versicherer zahlt ab dem 6. Tag einer vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person ein Krankenhaustagegeld von 20,- EUR pro Tag, für längstens 90 Tage je Versicherungsjahr, sofern der Krankenhausaufenthalt unter die Leistungspflicht des Versicherers fällt und der

Versicherungsvertrag (einschließlich aller Verlängerungen) für den Zeitraum von mindestens 12 Monaten abgeschlossen wurde.

7. Besuch eines Familienangehörigen bei einer stationären Krankenhausbehandlung

Der Versicherer erstattet einmalig während des gesamten Versicherungszeitraumes (einschließlich aller Verlängerungen), ab dem 6. Tag einer vollstationären Krankenhausbehandlung einer versicherten Person, die Kosten eines einmaligen Besuches eines Familienangehörigen der versicherten Person, bis zu maximal 1.500,- EUR, sofern der Krankenhausaufenthalt unter die Leistungspflicht des Versicherers fällt und der Versicherungsvertrag für den Zeitraum von mindestens 12 Monaten abgeschlossen wurde. Als Besuchskosten gelten Hin- und Rückreisekosten sowie Unterbringungs- und Verpflegungskosten.

**Versicherungsbedingungen
für Auslandskrankenversicherungen
von Au-pairs
bei der Advigon Versicherung AG
VB-KV 2020_4 (CAP2020_4)**



**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