Produktinformationsblatt zur privaten Krankenversicherung nach Tarif Care Amerika

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Bei dem Tarif Care Amerika handelt es sich um eine Auslandsreise-Krankenversicherung.

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Die Auslandsreise-Krankenversicherung Care Amerika übernimmt bei allen unvorhergesehenen Krankheitsfällen die Kosten für die medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Heilbehandlung zu 100%. Selbstverständlich sind Arznei-, Heil- und Verbandsmittel im Leistungspaket enthalten. Ebenfalls zu 100% werden die Kosten für schmerzstillende Zahnbehandlungen übernommen.
Versichert werden können Einzelreisen bis zu einer Dauer von insgesamt 365 Reisetagen.
Ein besonderer Vorteil des Tarifes Care Amerika: Auch die Mehrkosten für einen Rücktransport werden zu 100% übernommen, wenn dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und durch den Versicherer, bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgt. Für eine Überführung aus dem Ausland werden bis zu 5.000,00 Euro (innerhalb Europa) bzw. 10.000,00 Euro (weltweit) bezahlt. Über-führungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.
Der Tarif Care Amerika sieht einen Selbstbehalt von 50,- Euro je Versicherungsfall vor.
Der Tarif Care Amerika beinhaltet keine Leistungen für Zahnersatz oder kieferorthopädische Behandlungen.
Der Versicherungsschutz gilt weltweit für Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland oder Österreich - mit Ausnahme der Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt bzw. ihren ständigen Wohnsitz hat.
Die Einzelheiten zu den versicherten Leistungen können Sie dem Tarifblatt und § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Reisen (AVB-R) entnehmen.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Die Prämie je versicherter Person beträgt

Pro Person und Reisetag:	**Beiträge für Tarif Care Amerika in EUR bis Alter 60**	ab 1. bis maximal 365. Reisetag je **3,49 €**
Pro Person und Reisetag:	**Beitrag für Tarif Care Amerika in EUR ab Alter 61**	ab 1. bis maximal 365. Reisetag je **14,69 €**

Der Gesamtreisezeitraum inkl. bestehender Jahres-Versicherung darf 365 Tage nicht überschreiten.

Unabhängig von der Anzahl der beantragten Reisezeit ist eine Mindestprämie von 8,50 EUR zu zahlen.

Die Prämie ist ein Einmalbetrag und spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages für die beantragte Reisezeit im voraus zu zahlen. Die Erteilung eines vollziehbaren SEPA-Lastschriftmandats steht der Prämienzahlung gleich.

Solange die Prämie nicht gezahlt wird besteht kein Versicherungsschutz. Die Einzelheiten hierzu können Sie in § 2 Abs. 1 AVB-R nachlesen.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Ihr Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag deckt grundsätzlich im tariflichen Umfang die Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthaltes ab. Allerdings sind bestimmte Leistungen vom Versicherungsschutz nicht umfasst. So besteht beispielsweise keine Leistungspflicht, wenn die Auslandsreise zum Zwecke der Heilbehandlung erfolgt oder bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind können Sie im einzelnen in § 5 AVB-R nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Bei bzw. vor Vertragsschluss bestehen für Sie keine besonderen Verpflichtungen, deren Nichtbeachtung negative Folgen hätte.

In diesem Zusammenhang bitten wir Sie lediglich den Antrag sorgfältig auszufüllen, damit es während der Vertragslaufzeit auf Grund ggf. fehlerhaften Daten nicht zu Unannehmlichkeiten für Sie kommt.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Während der Laufzeit des Vertrages sind von Ihnen keine Obliegenheiten zu beachten außer nach Eintritt eines Versicherungsfalles. Die in diesem Fall zu beachtenden Obliegenheiten können Sie im Einzelnen den §§ 9 und 11 AVB-R entnehmen.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Ebenso wichtig ist es, dass Sie uns alle Belege bezüglich des Versicherungsfalles bis spätestens zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Auslandsreise einreichen.
Die §§ 9 und 11 AVB-R, Teil 1 enthalten noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall, deren Verletzung nach §§ 10 und 11 Abs. 3 AVB-R, Teil 1 bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem beantragten und im Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt und mit Zahlung des Einmalbeitrages.

Der Vertrag endet ohne weiteres mit Ablauf der versicherten Reisezeit beziehungsweise dem Ende der Reise, spätestens jedoch nach Ablauf der maximal zu versichernden Reisedauer von 365 Tagen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Da der Vertrag eine maximale Laufzeit von 365 Tagen vorsieht, besteht keine Möglichkeit zur ordentlichen Kündigung.

Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind, sondern nur einen ersten Überblick über das angebotene Produkt verschaffen sollen. Inhalt und Umfang des Vertrages ergeben sich ausschließlich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Regelungen.

Vertragsinformationen Care Travel

1. Ihr Vertragspartner

AXA Krankenversicherung AG
Sitz: Köln
Handelsregister Köln
Registernummer: HR B Nr. 1012

USt.-Ident-Nr. DE 122786679
Versicherungsteuernr. 9116/810/03020

2. Zuständiger Versicherungsvermittler

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Ladungsfähige Anschrift Ihres Vertragspartners und dessen gesetzliche Vertreter

AXA Krankenversicherung AG
Colonia Allee 10-20
D – 51067 Köln

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Jacques de Vaucleroy
Vorstand: Dr. Thomas Buberl, Vorsitzender;
Dr. Andrea van Aubel, Etienne Bouas-Laurent, Jens Hasselbächer, Frank Hüppelshäuser, Dr. Thilo Schumacher, Jens Warkentin

4. Hauptgeschäftstätigkeit Ihres Vertragspartners

Unser Unternehmen betreibt ausschließlich die Kranken- und Pflegeversicherung.

5. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 124, 127 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln
Telefon: 0221 37662 0, Telefax: 0221 37662 10

6. Rechtliche Grundlagen für Ihren Versicherungsvertrag sowie dessen wesentliche Merkmale

Inhalt und Umfang der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB-R) und den Tarifbedingungen des Tarifes Care Travel bzw. Care Travel (NAFTA). Im Anhang zu den AVB-R finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen.

Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Prämie

Die zu zahlende Prämie entnehmen Sie bitte Absatz C der beigefügten Tarifbedingungen des Tarifes Care Travel bzw. Care Travel (NAFTA).

8. Zusätzlich anfallende Kosten

Von Care Concept wird bei Zahlung der Versicherungsprämie per Kreditkarte eine Bearbeitungsgebühr von 4 % der Gesamtprämie mindestens aber 3,00 EUR berechnet. Bei der Rückerstattung (Rückbuchungen) von Prämien berechnet diese eine Gebühr von 5,00 EUR.

9. Prämienzahlung

Die Einmalprämie wird mit Abschluss des Versicherungsvertrages fällig und ist für die beantragte Laufzeit des Vertrages im Voraus zu zahlen.

Die Zahlung der Beiträge kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Kreditkartenzahlung oder PayPal erfolgen.

10. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen ist nicht befristet.

11. Vertragsschluss

Der Versicherungsvertrag kommt mit Antragsstellung zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Antrag genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Zahlung des Beitrages per Kreditkarte oder PayPal oder mit der Erteilung eines vollziehbaren SEPA-Lastschriftmandats.

12. Widerrufsrecht

Die Angaben zu Ihrem Widerrufsrecht entnehmen Sie bitte dem entsprechenden Hinweis im Antrag.

13. Laufzeit des Vertrages

Die Angaben zur Laufzeit des Vertrages entnehmen Sie bitte Absatz F der Tarifbedingungen des Tarifes Care Travel, bzw. Care Travel (NAFTA).

14. Beendigung des Vertrages

Die Angaben zur Beendigung des Vertrages und zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

15. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Den Gerichtsstand entnehmen Sie bitte § 14 AVB-R.

16. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden in deutscher Sprache erteilt.

17. Beschwerdestellen

Für Beschwerden stehen Ihnen neben dem Vorstand der AXA Krankenversicherung AG außergerichtlich folgende Stellen zur Verfügung:

- Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstr. 13, 10117 Berlin,

  Telefon: 01802 55 04 44 (6 Cent aus dem deutschen Festnetz, je Gespräch, Mobilfunk maximal 42 Cent je angefangene Minute)

  Telefax: 030 20 45 89 31
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BAFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

18. Aufsichtsbehörde

Zuständige Aufsichtsbehörde für unser Unternehmen ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsausfsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Wichtige Erklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages und für den Bestand – jeweils im Antragsverfahren

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax-Nr: 0221/148 – 44 62 453
E-Mail: BKV-Antrag@axa.de

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag)– abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d.h. unverzüglich zu zahlen ist.

Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wieder hergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen der geänderte Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie
		1/180 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie
		1/90 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie
		1/30 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen.

Die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.axa.de abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister.

Soweit die Verarbeitung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligungs- oder Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgt, können Sie diese jederzeit widerrufen. Des Weiteren können Sie Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen sowie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten

können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weitergeben.

In allen diesen Fällen können Sie sich jederzeit an den Kunden- und Partnerservice des AXA Konzerns, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, telefonisch an 0221/148 41002 oder per E-Mail an service@axa.de wenden.

Hinweis auf die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Datenverwendung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen.

Der Widerspruch ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax-Nr.: 0221 148 – 44 62 453, E-Mail: BKV-Antrag@axa.de

Einwilligung zur Bonitätsprüfung

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es zur Durchführung
eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses erforderlich ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG) und kein berechtigtes Interesse des Betroffenen an der Verarbeitung oder Nutzung entgegen steht.
Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren durchzuführen. Zur Verbesserung der Transparenz für unsere Kunden erfolgen Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren auf der Grundlage
der nachstehenden Einwilligungserklärung.

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunftei (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
2. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunftei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.
Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den Kontoinhaber, IBAN, BIC und die Bankverbindung mit.

Leistungserstattung

Bitte schicken Sie alle Unterlagen wie zum Beispiel Rechnungen und Arztberichte im Original an:

AXA Krankenversicherung AG
Betriebliche Krankenversorgung
50592 Köln

Telefon: 02 21 148 - 2 30 09, Telefax: 02 21 148 - 44 62453

Bitte geben Sie stets Ihre Versicherungsnummer an.

Wenn Sie zunächst ihre gesetzliche Kasse in Anspruch nehmen, benötigen wir Rechnungskopien mit dem Erstattungsvermerk.

Wichtige Erklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

24-Stunden-Kundenservice

Ein medizinisch notwendiger Rücktransport ins Heimatland ist erforderlich. Sie brauchen Hilfe und Unterstützung?

Rufen Sie uns an – wir organisieren alles für Sie. Unser Servicetelefon ist rund um die Uhr erreichbar – wählen Sie:

Landesvorwahl für Deutschland
(in der Regel 0049) plus 221 148 - 36 525

AXA Krankenversicherung AG
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln
Internet: www.AXA.de
Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungsteuernr. 9116/810/03020
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Jacques de Vaucleroy
Vorstand: Dr. Thomas Buberl, Vorsitzender;
Dr. Andrea van Aubel, Etienne Bouas-Laurent, Jens Hasselbächer,
Frank Hüppelshäuser, Dr. Thilo Schumacher, Jens Warkentin

Gültig ab 30.07.2015

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung[1]

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die AXA Krankenversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Versicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die AXA Krankenversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilskonditionen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilskonditionen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit die AXA Krankenversicherung AG von der Schweigepflicht.

1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen
- oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die AXA Krankenversicherung AG einwilligen.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit wir nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – bei den Begünstigen des Vertrages einfordern.

[1] Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers
Wir, die AXA Krankenversicherung AG, verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die AXA Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.axa.de eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die AXA Krankenversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen, im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.4. **Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)**

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die AXA Krankenversicherung AG AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ausgehändigte Unterlagen	❑ Ich habe das Produktinformationsblatt, die Vertragsinformation, Versicherungsbedingungen für den beantragten Tarif und die Übersicht der Dienstleister des AXA Konzerns ❑ elektronisch ❑ per Datenträger ❑ in Papierform erhalten	Unterschrift des/der Antragsstellers/-in – ggf. als gesetzliche/r Vertreter/-in der zu versichernden Person

Wichtig für Antragsteller/in / zu versichernde Person	Bitte überprüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. **Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Einholung von Informationen über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten sowie Ihre Zahlungsfähigkeit bzw. Ihre Kundenbeziehung.** **Sie machen diese Erklärungen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages.** **Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht gemäß der auf der Antragsrückseite stehenden Belehrung informiert worden.**

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen

Teil I : Allgemeine Bedingungen

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem im Ausland unvorhersehbar eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

(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. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschen Recht.

(4) Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.

(5) Versicherungsfähig sind, soweit der Tarif keine abweichende Regelung enthält, Personen die nur vorübergehend ins Ausland reisen. Die Versicherungsfähigkeit von Ausländern, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, richtet sich nach besonderen Bedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Der Beitragszahlung steht die Erteilung eines vollziehbaren SEPA-Lastschriftmandats gleich.

(2) Auslandreisen, bei denen die Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland bereits vor dem Tag des Versicherungsbeginns erfolgte, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

(3) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag kommt durch Annahme eines Versicherungsantrages durch den Versicherer zustande. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu stellen. Die Annahme des Versicherungsantrages erfolgt durch Aushändigung des Versicherungsscheines.

Wird die Versicherung auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Einzahlungsvordruck beantragt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags beim Versicherer. bereits mit dem Tag der Einzahlung des Beitrags (Datumstempel der Post, des Geldinstituts bzw. der Buchungsstelle ist maßgebend) als zustande gekommen. Der von einer dieser Zahlstellen dem Auftraggeber ausgehändigte Zahlungsbeleg gilt als Versicherungsschein.

(2) Hat der Versicherungsnehmer im Versicherungsantrag den Beitrag nach dem Tarif unzutreffend angegeben, so gilt bei Beitragszahlung im SEPA-Lastschriftverfahren (§ 8 Abs. (2)) der Versicherungsantrag als mit tariflichem Beitrag gestellt.

(3) Die Dauer des Versicherungsvertrages ergibt sich aus dem Tarif. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Stirbt der Versicherungsnehmer, bleibt das Versicherungsverhältnis bezüglich der mitversicherten Person(en) unberührt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet wurden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(4) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Ist Ersatz von Rücktransport- oder Überführungskosten vorgesehen, gilt folgendes:

a) Der Rücktransport eines Erkrankten muss medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und grundsätzlich an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen, sofern im Tarif nichts anderes vereinbart ist.

b) Überführungskosten sind die beim Tode einer versicherten Person während der Reise entstandenen unmittelbaren Kosten einer Überführung an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz. Anstelle von Überführungskosten können Bestattungskosten im Ausland bis zu der im Tarif für Überführungskosten genannten Höhe übernommen werden. Überführungs- und Bestattungskosten sind nicht erstattungsfähig, wenn die Behandlungskosten für die/den zum Tode führende(n) Erkrankung/Unfall nicht erstattungsfähig gewesen sind oder gewesen wären.

(5) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die entweder im Aufenthaltsland oder in der Bundesrepublik Deutschland 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 angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist, sowie für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;

b) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war.
Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der

Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;

c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;

d) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;

e) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;

f) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;

g) für Hilfsmittel;

h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;

i) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

j) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet.

k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

l) Für Behandlungen wegen Sterilität und künstliche Befruchtung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessenen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen; einzureichende Nachweise

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z.B. dem in § 5 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Erstattungsleistung vermerkt hat.

(2) Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch den in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

(3) Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen.

(4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benannt hat.
Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(6) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(7) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden, können von den Leistungen abgezogen werden.

(8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

(9) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG; s. Anhang).

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit Ende der Reise.

(2) Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Einmalbetrag. Er ergibt sich aus dem Tarif und ist spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

(2) Der Tarif kann Beitragszahlung im SEPA-Lastschriftverfahren vorschreiben. Als Beitragszahlung gilt dann die rechtsgültige Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats, wenn danach der Versicherer den Beitrag abbuchen konnte.

§ 8a Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers - z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung - ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif, bei dem das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.

Die Beiträge werden, soweit nach dem Ergebnis der Überprüfung erforderlich, auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen angepasst. Die Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, wirksam.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Beitragserhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Frist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 8b Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können, sofern das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres (s. Tarif), auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen geändert werden, wenn die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen

a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

b) im Falle der gerichtlich festgestellten Unwirksamkeit von Bedingungen, wenn deren Ersetzung zur Fortsetzung des Vertrages notwendig ist,

c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie die §§ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14 Abs. 2 AVB-R betrifft.

(2) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(3) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Bedingungsanpassung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen,- jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zu Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 - 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG; siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 14 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes in zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im
Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Gültig ab 01.14

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG):

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges des Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllende vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 82 Abwendung und Minderung des Schadens

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

(2) Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.

(3) Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(4) Abweichend von Absatz 3 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif Care Amerika

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I (AVB-R) und Teil II (Tarifbeschreibung) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen

Teil II : Tarifbeschreibung Krankheitskostentarif für Behandlung bei Reisen

A. Leistungen des Versicherers	I. Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100% ohne Höchstsatz für 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert; 2. Arznei- und Verbandmittel; 3. ärztlich verordnete Heilmittel; 4. ärztlich verordnete Gehstützen sowie die Miete für Rollstühle, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung medizinisch notwendig werden; (in Abweichung zu § 5 g) Hilfsmittel der AVBR Teil I) 5. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik; 6. Krankenhausbehandlung; ein Anspruch besteht in Höhe der Allgemeinen Krankenhausleistungen ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung sowie bessere Unterbringung), sofern im Reiseland hierfür eine Wahlmöglichkeit besteht; 7. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; sowie vom Unfallort; 8. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung. Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, nicht aber die Neuanfertigung von Zahnersatz jeglicher Art einschließlich Inlays/Onlays oder kieferorthopädischer Leistungen. 9. Krankenhaustagegeld wird an Stelle des Kostenersatzes bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geleistet, wenn insoweit keine Kosten geltend gemacht werden, in Höhe von täglich 25 Euro.
	II. In Abweichung zu § 5 Abs. 1d werden die Kosten für ambulante oder stationäre psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte bis 500,00 EUR einmalig erstattet.
	III. Ersatz der Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person zu 100% sofern 1. dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und 2. vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgte. Medizinisch sinnvoll ist ein Rücktransport ins besondere, wenn • die Krankenhausbehandlung im Ausland nach der Prognose des behandelnden Arztes am Aufenthaltsort die Dauer von 14 Tagen übersteigen wird oder • Die Kosten der Behandlung im Ausland voraussichtlich die Kosten für den Rücktransport übersteigen. Die Entscheidung darüber, ob der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers bzw. dessen Assistance, der sich hierzu mit dem behandelnden Arzt am Aufenthaltsort berät. Liegen lediglich die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen vor, so werden die Mehrkosten eines • Rücktransportes innerhalb Europas nur bis zur Höhe von 5.000,00 EURO erstattet. • Rücktransporte darüber hinausgehend nur bis zur Höhe von 10.000,00 EURO.
	IV. Darüberhinaus erstatten wir für: • Überführung aus Europa bis 5.000,- Euro. • Aus dem übrigen Ausland bis 10.000,- Euro. Alle Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.
	V. **Selbstbehalt** Alle aufgeführten Leistungen des Versicherers für jede versicherte Person vermindern sich **je Versicherungsfall** um einen Selbstbehalt von **50,– Euro**
B. Assistance-Leistungen	1. Vermittlung ärztlicher Betreuung: Erkrankt eine versicherte Person auf einer Reise im Ausland, so informiert die AXA Krankenversicherung AG auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellt - soweit erforderlich - die Verbindung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt und/oder Krankenhaus her. Die dadurch entstehenden Kosten werden ebenfalls vom Versicherer getragen. 2. Organisation der Hilfeleistungen. 3. Kostenübernahmeerklärung vor Ort, d.h. für Krankenrücktransport; Überführungskosten u.a. Nach Abschluss der Auslandsreise-Krankenversicherung wird eine medizinische Notrufnummer bekannt gegeben.

C. Beiträge und Gebühren	**Beitragstabelle (in Euro) bis Alter 60**
	Pro Person und Reisetag: ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 3,49 mindestens jedoch 8,50
	Beitragstabelle (in Euro) ab Alter 61
	Pro Person und Reisetag: ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 14,69 mindestens jedoch 8,50
	1. Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr. 2. Bei den Beiträgen handelt es sich um Einmalprämien, welche bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen ist. 3. Die Zahlung der Beiträge kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren (siehe § 8 Abs. 2 AVB-R) oder per Kreditkartenzahlung oder per PayPal erfolgen. 4. Ist das SEPA-Lastschriftmandat durch Verschulden des Versicherungsnehmers nicht vollziehbar, kann der Versicherer die Erstattung der ihm insoweit entstandenen Bankauslagen verlangen.
D. Versicherbarer Personenkreis	Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind alle Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich, die sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten.
E. Geltungs-bereich	Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung im Ausland. Als Ausland gelten weltweit alle Länder, mit Ausnahme der Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt und/oder in dem sie unmittelbar vor Reiseantritt einen ständigen Wohnsitz hatte. Erfolgt eine nur vorübergehende Rückkehr ins Heimatland, so gelten nach Meldung durch den Versicherungsnehmer die Fortführung der Versicherung und die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf das Heimatland bis zu einer Dauer von 4 Wochen als vereinbart.
F. Dauer des Versicherungs-schutzes	Der Versicherungsschutz gilt für die im Versicherungsschein vereinbarte Dauer. Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes über die vereinbarte Dauer hinaus bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung des Versicherers oder dessen Kooperationspartners (Care Concept AG). Für den Verlängerungszeitraum finden die Vorschriften über den Beginn des Versicherungsschutzes gemäß § 2 AVB-R Teil I entsprechend Anwendung.
G. Sonstige Bestimmungen	Der ergänzende Abschluss des Tarifs Care Amerika als Verlängerung oder Vorversicherung zu weiterem Auslandsreisekrankenversicherungsschutz durch Tarife der AXA Krankenversicherung AG oder anderer Versicherer ist nicht möglich.

Product Information Sheet to private health insurance

1. What is the product in question?

The Care Amerika tariff is a foreign travel health insurance product.

2. What are your benefit entitlements?

The foreign travel health insurance Care Amerika assumes 100% of the costs of medically necessary out-patient or in-patient medical treatment for all unforeseeable cases of illness. Medicines, remedies, aids and appliances are of course included in the benefit package. The costs of pain-relieving dental treatment are also assumed at 100%. Individual trips can be insured covering a period of up to 365 days travel.

One special advantage of the Care Amerika tariff: The costs of medically necessary repatriation from abroad shall also be reimbursed at 100%, provided that the medical treatment is medically necessary and justifiable and organised by the Insurer or its Assistance or the Insurer has already given its prior consent.

The costs of repatriation of deceased persons or burial abroad shall be reimbursed up to a maximum amount of EUR 10,000.

The Care Amerika tariff prescribes an excess of EUR 50.00 per insured event.

The Care Amerika tariff does not include any benefits for dental prosthesis or orthodontic treatment. Insurance cover shall apply world-wide for persons who have their permanent place of residence in Germany or Austria - with the exception of territories for which the insured person holds citizenship or in which they permanently reside.
Please consult the tariff information sheet and § 1 of the (German) General Terms and Conditions for the insurance of medicalcosts and daily hospital benefits during travels (AVB-R) for further details regarding the benefits covered.

3. Premiums and due dates

The premium for each insured person per day of travel amounts to Premiums for Care Amerika Tariff in EUR:

Per person and day of travel:	**Up to an age of 60**	**from 1 to a maximum of 365 days of travel, EUR 3.49**
Per person and day of travel:	**From the age of 61**	**from 1 to a maximum of 365 days of travel, EUR 14.69**

The total period of travel including existing annual insurance must not exceed 365 days.
A minimum premium of EUR 8.50 shall be payable irrespective of the length of travel time applied for.
The premium is a single premium payable in advance, at the latest upon conclusion of the insurance policy for the period of travel applied for. Authorising an executable SEPA direct debit transfer shall be deemed to be equal to the payment of the premium. Insurance cover shall not be granted as long as the premium has not been paid. Please consult § 2, Para. 1, AVB-R for details.

4. Can we limit benefits or refuse to pay any benefits at all?

Your foreign travel health insurance policy basically provides cover within the scope of the tariff for the costs of medical treatment required during a temporary period of time spent abroad. However, certain benefits are not included in the insurance coverage. The insurer may be released from its obligation to perform for example if the trip abroad is undertaken for the purpose of receiving medical treatment or in the event of deliberately induced illnesses or consequences of accidents Please consult § 5AVB-R to see which benefits are actually excluded from insurance cover.

5. What should you observe when concluding your policy?

You have no special obligations at the time of or prior to conclusion of the policy which would have negative consequences in the event of non-observance thereof. In this context, we simply request you to complete the application carefully to ensure that youare not affected by inconveniences during the policy period due to incorrect data.

6. What should you observe during the policy period?

You have no obligations to observe during the policy period except for after the occurrence of an insured event. The obligations to be observed in this case are set down under §§ 9 and 11 of the AVB-R.

7. What must you observe when claiming?

When requested to do so by us please provide us with all the information and documents we require for our assessment. It is also important that you send us all documents regarding the insured event at the latest by the end of the third month after the trip abroad has ended. §§ 9 and 11 of the AVB-R, Part 1 contains further obligations to be observed by you in the event of a claim; any breach according to § 10 and 11, para. 3 AVB-R can give rise to the insurer being released from its entire obligation to perform.

8. When does your insurance cover begin and when does it end?

Insurance cover attaches at the point in time applied for and documented in the certificate of insurance and upon payment of the single premium. The policy ends by implication upon expiry of the insured period of travel or end of the trip, at the latest however upon expiry of the maximum insurable period of travel of 365 days.

9. When can you terminate your policy?

As the policy makes provisions for a maximum policy period of 365 days, it cannot be duly cancelled.

Please note that the information provided here is not complete. It provides an initial overview of the product on offer. The content and scope of the policy shall be based on the certificate of insurance, any subsequent written agreements, on the General terms and Conditions of insurance and on statutory provisions.

General Terms and Conditions (AVB-R) of medical cover and daily hospital benefits insurance during travels

Part I : General terms and conditions

§ 1 Subject, scope and territory of insurance-cover

(1) The insurer provides insurance cover for illnesses, accidents and other events specified in the policy. Where agreed, it shall also provide additional services directly relating to the above. In the event of the occurrence of an unforeseen insured event abroad, the insurer shall assume the costs of medical treatment incurred abroad and shall also provide other agreed benefits and services.

(2) An insured event is defined as the medically necessary treatment of an insured person due to illness or accident. An insured event commences upon receipt of medical treatment; it terminates when, according to medical estimation, further treatment is no longer required. Death is also classed as an insured event.

(3) The scope of the insurance cover is specified in the insurance policy, in subsequent special written agreements, in these terms and conditions of insurance and in the statutory provisions of the Federal Republic of Germany. The insurance policy is subject to German law.

(4) The state in which the insured person has a permanent place of residence or permanently exercises his or her profession is not deemed to be a foreign country.

(5) Persons travelling abroad on a temporary basis only are eligible for cover if the tariff does not stipulate otherwise. The eligibility of foreigners entering the Federal Republic of Germany is governed by special terms and conditions.

§ 2 Inception of insurance cover

(1) Insurance cover commences at the agreed point in time (inception of insurance), but not before the conclusion of the insurance policy, not before payment of the premium, not before crossing the border into a foreign country. The granting of an executable SEPA Direct Debit Mandate is deemed to be equivalent to payment of the premium.

(2) Trips abroad involving departure from the Federal Republic of Germany <u>before</u> the insurance takes effect are excluded from cover.

(3) Benefits are not paid for insured events which occur prior to commencement of the insurance cover.

§ 3 Nature and period of insurance cover

(1) The insurance policy is concluded when the insurer accepts the application for insurance. The application for insurance must be submitted using the designated form. The application for insurance is accepted when the insurer delivers the certificate of insurance.

If insurance is applied for using the paying – inform designated by the insurer, the policy is deemed to be effected on the date of payment of the premium (date stamp of post office, financial institute or accounting office is decisive), subject to the insurer receiving the duly completed application. The payment voucher handed over to the applicant by the post office, bank or the like is deemed to be the certificate of insurance.

(2) If the policy holder has stated a premium in the application for insurance which is inapplicable according to the tariff, the insurance application is deemed to have been submitted stating the applicable tariff premium if the premium is collected by SEPA Direct Debit Mandate (§8, para. (2)).

(3) The policy term is regulated by the tariff. In the event of the death of an insured person, the insurance arrangement shall end with regard to that person. In the event of the death of the policy holder , the insurance arrangements for the co-insured members shall remain unaffected.

§ 4 Scope of liability

(1) Insured persons are free to choose among the registered medical practitioners and dentists.

(2) Medicines, dressings and remedies are only reimbursable if prescribed by the practitioners specified in Section 1 above.

(3) In the case of medically necessary inpatient treatment, the insured person is free to choose among hospitals provided that these are permanently supervised by doctors, they have sufficient diagnostic and therapeutic facilities and also keep medical records.

(4) The type and amount of the insurance benefits are regulated by the tariff. Where the refund of evacuation or repatriation costs is agreed, the following applies:

a) Unless otherwise agreed in the tariff, the evacuation of a person who has been taken ill must be deemed medically necessary, ordered by a medical practitioner and generally be carried out to the place where the patient had his permanent residence at the time of inception of the insurance policy, or to the nearest suitable hospital to such place of residence.

b) Repatriation costs are the direct costs of repatriating an insured person who has died during a temporary trip abroad to the place of residence applicable at the time of inception of the insurance policy. Funeral expenses incurred abroad may be reimbursed instead of repatriation costs up to the sum specified in the tariff for repatriation costs. Repatriation costs and funeral expenses shall not be indemnified if the costs of treating the illness or accident causing death were not or would not have been reimbursable under this insurance.

(5) The insurer pays, within the scope of the policy, for medical examinations and methods of treatment and medicines, which are predominantly acknowledged by traditional medicine in the country in question or in the Federal Republic of Germany. In addition, the insurer pays for methods of treatment and medicines, which have proven to be equally promising in practice or which are applied because no traditional methods or medicines are available; however, the insurer is entitled to reduce its benefits to the amount which would have been incurred if already available traditional methods or medicines had been applied instead.

§ 5 Limitation of liability

(1) The insurer is not liable to pay

a) for treatment for illnesses and consequences of an accident which was the purpose of travelling abroad, or for treatment which was known to be required during the scheduled trip unless the trip was undertaken due to the death of the spouse or a relative in the first degree;

b) for such illnesses including their consequences and for consequences of accidents and of death caused by acts of war abroad if the German Foreign Office had issued a warning against travel to the country in question prior to the insured person entering the country in question. This also applies if the insured person is already in the country in question at the time the German Foreign Office issues the warning against travel or at the time war breaks out and he fails to leave the country immediately following the announcement of the travel warning or the outbreak of war.

c) for illnesses and accidents caused deliberately, including their consequences, or for the treatment of addictions;

d) for the treatment of mental and psychological disorders and illnesses including hypnosis and psychotherapy;

e) for examinations and treatment due to pregnancy, childbirth, miscarriage and abortion or any consequences thereof. However, costs are indemnified if medical attendance is necessary due to acute complications in pregnancy, including miscarriage, in the country where the insured person is staying;

f) for dental prosthesis, including crowns and orthodontic surgery;

g) for medical aids;

h) for health resort and sanatorium treatment and for rehabilitation measures;

i) for outpatient medical treatment in a spa or health resort. This limitation shall not apply if medical treatment becomes necessary during a temporary stay due to an illness or accident which is not connected to the purpose of the stay;

j) for treatment administered by the spouse, parents or children. Material costs are reimbursed.

k) for accommodation necessitated by nursing-care or custody requirements;

l) for treatment due to sterility or artificial insemination.

(2) If medical treatment or an alternative measure, for which benefits have been agreed, exceeds the extent of treatment deemed medically necessary, or if the invoiced amount is excessive, the insurer is entitled to reduce its payments to an acceptable amount. If the costs of medical treatment or other services are strikingly disproportionate to the services provided, the insurer is not obliged to pay such costs.

(3) If an insured person is eligible to claim benefits from a statutory health, accident or pension insurance provider, from a statutory medical care provider or accident care provider, the insurer shall be liable to reimburse only those costs which still qualify for reimbursement after benefits have been paid by the other entities.

§ 6 Payment of insurance benefits; submission of supporting documents

(1) The insurer is only liable to pay if it is presented with original invoices and any required supporting evidence; such documents then become the property of the insurer. If the original invoices are submitted to another insurer for reimbursement (e. g. To those referred to under §5, para. 3), duplicates of the invoices shall suffice, provided that the other insurance company has noted the benefits it has paid on the invoices.

(2) All supporting documents must contain the first name, surname and date of birth of the person treated, a description of the illness and treatment data; prescriptions must clearly state the prescribed medication, the price and the note of dispensation. In the case of dental treatment, the documents must contain a description of the teeth treated and the treatment performed in each case. Benefits or the refusal to pay them by the insurance providers specified in § 5, para. 3 must be substantiated.

(3) A doctor's certificate confirming medical necessity must be submitted as evidence of the medical necessity of an evacuation.

(4) If claims are made for the reimbursement of repatriation costs or funeral expenses, an official or medical certificate confirming the cause of death must be submitted.

(5) The insurer is obliged to pay the insurance benefits to the insured person if the policy holder has named the person as the beneficiary, in writing, to the insurer. If this requirement is not fulfilled, then only the policy holder can demand to receive the benefit.

(6) Costs incurred in a foreign currency are converted into euro at the exchange rate valid on the date the insurer receives the documents. The daily rate is the official EUR exchange rate at the European Central Bank. In the case of non-traded currencies, for which no reference rates are set, the rate applied is in accordance with the "Exchange Rate Statistics" publications of the Deutsche Bundesbank, Frankfurt/Main in the most recent version, unless the insured person can prove in the form of a bank slip that the currency purchased for the purpose of settling the invoices was purchase data less favourable rate of exchange.

(7)The cost of transferring insurance benefits to a foreign account or of special types of remittance chosen upon the insured person's instructions may be deducted from the benefits.

(8)Rights to insurance benefits can neither be subrogated nor pledged.

(9) For the rest, the conditions governing the insurer's liability to pay a reset down in § 14 VVG (German Insurance Contract Act; see Appendix).

§ 7 Expiry of insurance cover

(1) Insurance cover ends, also for pending insured events, at the agreed point in time, at the end of the trip at the latest.

(2) If, due to medical reasons, an insured person is incapable of making there turn journey by the agreed time, the insurer's liability to pay indemnifiable claims shall continue beyond the agreed time, until the insured person is capable of being transported.

If the insured person objects to medically acceptable and reasonable repatriation (evacuation) to his country of permanent residence once he is fit for transportation, the insurer's obligation to pay shall cease on the day the insured person objects to repatriation.

§ 8 Premium payment

(1) The premium is a single premium. It is derived from the tariff and payable at the time of conclusion of the insurance policy at the latest.

(2) The tariff can prescribe that the premium is payable by SEPA Direct Debit Mandate. In this case, the legally valid direct debit authorisation is deemed to be equivalent to payment of the premium if the insurer was subsequently able to debit the premium.

§ 8a Premium adjustment

Within the scope of the contractual confirmation of benefits, benefits paid by the insurer can change, e. g. Due to increasing medical treatment costs, more frequent availment of medical services or due to increasing life expectancy. Accordingly, for each tariff where the insurer's right of ordinary cancellation is ruled out contractually or by law, the insurer compares the required insurance benefits with the insurance benefits and mortalities calculated in the actuarial bases for the calculation of premiums at least once a year.

Depending on the outcome of there view, premiums are adjusted where required on the basis of the applicable statutory provisions. The premium adjustments take effect at the beginning of the second month following notification of the policy holder .

In the event of an increase in premium, the policy holder can cancel the insurance policy with in two months of receiving notification of the increase, and such cancellation will take effect on the date when the premium is due to increase. The policy holder may cancel the insurance policy up to the date when the adjustment takes effect, even if the deadline has already expired.

§ 8b Amendments to the General Terms and Conditions of Insurance

(1) The General Terms and Conditions of Insurance may, if the insurer's right of cancellation is ruled out contractually or by law, be amended with effect for existing insurance policies, for the remainder of the current insurance year as well (see tariff), on the

basis of the applicable legal provisions if such amendment appears necessary in order to sufficiently safeguard the interests of the insured persons

(a) in the event of a change in the state of the health service not only of a temporary nature,

b) in the event of terms and conditions being pronounced invalid in court, if the replacement thereof is necessary in order to continue the policy,

c) in case of amendments to laws upon which the terms and conditions of the insurance policy are based,

d) in case of amendments of supreme court rulings, of administrative practices of the Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (German) Federal Institute for the Supervision of Financial Services – or the cartel offices, which affect the insurance policy directly.

With regard to the letters c and d, an amendment is only permissible where it relates to §§ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14 para. 2, AVB-R.

(2) Amendments pursuant to paragraph 1 shall become effective at the beginning of the second month after the policy holder has received notification thereof.

(3) In the event of an amendment in the terms and conditions, the policy holder can cancel the insurance policy with in one month of receiving notification of the amendment, and cancellation shall take effect on the date when the amendment is scheduled to come into effect. The policy holder may cancel the insurance policy up to the date when the adjustment takes effect, even if the deadline of one month has already expired.

§ 9 Obligations

(1) The policy holder or the insured person specified as the beneficiary (cf. §6, para. 5) must submit all documents by the end of the third month after the end of the trip at the latest; any hospital treatment must be reported within 10 days of its commencement.

(2) At there quest of the insurer, the policy holder or the insured person specified as the beneficiary (cf. §6, para. 5) shall be required to provide each and every kind of information necessary to determine an insured event or an obligation to perform on the part of the insurer and the scope there of.

(3) At there quest of the insurer, the insured person shall be obliged to under go a medical examination by a doctor appointed by the insurer.

§ 10 Consequences of any breach of obligations

In accordance with the limitation prescribed by §28, sections 2-4 of the German Insurance Contract Act (VVG: see appendix), the insurer shall be released from its obligation to perform if any of the obligations specified under § 9 above are breached. The knowledge and negligence of the insured person shall be put on a par with the knowledge and negligence of the policyholder.

§ 11 Obligations and consequences of breaches of obligations in the event of claims against third parties

(1) If the policy holder or an insured person is entitled to claim against third parties, he is obliged, notwithstanding the statutory assignment of claims according to § 86 VVG (see Appendix) , to subrogate such claims in writing to the insurer up to the amount of those costs (reimbursement of costs, material costs and services) reimbursed under the insurance policy.

(2)The policy holder or the insured person must protect his claim to compensation or any right which serves to safeguard any such claim in compliance with the applicable formal and temporal requirements and contribute towards its enforcement by the insurer where necessary.

(3) Should the policy holder or an insured person deliberately violate the obligations specified in sections 1 and 2, then the insurer shall not be required to perform to the extent that it cannot obtain any compensation from the third party as a result thereof. In the case of any breach of obligation due to gross negligence, the insurer is entitled to reduce the amount of compensation it awards in relation to the severity of the breach.

(4) If the policy holder or an insured person is entitled to claim against a provider of services for there payment of fees paid without legal grounds, which the insurer has reimbursed on the basis of the insurance policy, then paragraphs 1 to 3 shall be applied accordingly.

§ 12 Offsetting claims

The policyholder can only offset claims asserted by the insurer in as much as the counter claim is uncontested or has been established as final and absolute.

§ 13 Notifications and declarations of intent

Notifications and declarations of intent to the insurer must be in writing unless text form has been expressly agreed.

§ 14 Place of jurisdiction

(1) Legal action taken against the policy holder arising from the insurance policy shall be subject to the jurisdiction of the court at the policy holder's permanent place of residence or, failing this, his usual place of residence.

(2) Legal proceedings against the insurer may be brought before the court at the policy holder's permanent or usual place of residence or before the court at the domicile of the insurer.

(3) If, after conclusion of the policy, the policy holder moves its permanent or usual place of residence to a state which is not a member state of the European Union or contracting state of the Treaty on the European Economic Area, or if its permanent or usual place of residence is not known at the time the proceedings are brought, the court at the domicile of the insurer has jurisdiction.

Valid from 01. 14

Extract from the German Insurance Contract Act(VVG):

§ 14 Due date of cash benefit

1. The insurer shall be liable to pay a cash benefit when enquiries necessary to establish the occurrence of the insured event and the extent of the insurer's liability have been concluded.
2. If these enquiries have not been concluded one month after notification has been given of the occurrence of the insured event, the policyholder may demand part payment in the amount which the insurer will at least be expected to pay. The time limit shall be suspended for as long as the enquiries cannot be concluded on account of the fault of the policyholder.
3. An agreement on account of which the insurer is released from the obligation to pay interest on arrears shall be void.

§ 28 Non observance of an incidental obligation

2. Where the contract provides that the insurer is not obligated to effect payment in the event of the non-observance of an incidental obligation on the part of the policyholder, he shall be released from the liability if the policyholder intentionally breached the obligation. In the case of grossly negligent non-observance of the obligation, the insurer shall be entitled to reduce any benefits payable commensurate with the severity of the policyholder's fault; the burden of proof that there was no gross negligence is on the policyholder.

3. Not withstanding subsection (2), the insurer shall be liable insofar as the non-observance of the obligation neither caused the occurrence or the establishment of the insured event nor the establishment or the extent of the insurer's obligation to effect payment. The first sentence shall not apply if the policyholder fraudulently breached the obligation.
4. The condition on which the insurer's entire or partial release from liability in accordance with subsection (2) is based shall, in the event of a violation of an existing duty to provide information or duty of disclosure after the occurrence of an insured event, be the fact that the insurer instructed the policyholder in separate correspondence and in writing of this legal consequence.

§ 82 Loss avoidance and minimisation

1. The policyholder must, upon the occurrence of the insured event, ensure that the loss is avoided or minimised wherever possible.
2. The policyholder must follow the instructions of the insurer, where reasonable, and obtain instructions, circumstances permitting. If several insurers involved in the contract of insurance issue different instructions, the policyholder must act at his own proper discretion.
3. In the event of the breach of an incidental obligation under subsections (1) and (2), the insurer shall not be obligated to effect payment if the policyholder intentionally breached the incidental obligation. In the event of a grossly negligent breach, the insurer shall be entitled to reduce his benefits payable commensurate with the severity of the policyholder's fault; the burden of proof that there was no gross negligence is on the policyholder.
4. Notwithstanding subsection (3), the insurer shall be liable insofar as the breach of the incidental obligation is the cause neither of the establishment of the occurrence of the insured event, nor of the establishment of the extent of the liability. The first sentence shall not apply if the policyholder fraudulently breached the obligation.

§ 86 Assignment of claims

1. If the policyholder is entitled to claim damages from a third party, this claim shall be assigned to the insurer insofar as the insurer compensates for the loss. The claim may not be assigned to the detriment of the policyholder.
2. The policyholder shall safeguard his claim for damages or a right serving to safeguard this claim in accordance with the applicable form and time requirements, and shall assist the insurer wherever necessary in asserting them. If the policyholder intentionally breaches this obligation, the insurer shall not be obligated to effect payment insofar as he cannot as a result claim compensation for it from a third party. In the case of grossly negligent non-observance of the obligation, the insurer shall be entitled to reduce any benefits payable commensurate with the severity of the policyholder's fault; the burden of proof that there was no gross negligence is on the policyholder.
3. If the policyholder claims compensation from a person with whom he is sharing a common household when the loss occurs, assignment in accordance with subsection (1) cannot be asserted, unless that person intentionally caused the loss.

Foreign Travel Health Insurance - Tariff Care Amerika General Terms and Conditions of Insurance Part I (AVB-R) and Part II (tariff description) for medical and daily hospital benefits insurance during travels

Part II : Tariff description – Medical costs tariff for medical treatment during travels

A. Scope of insurance benefits	I. Reimbursement of expenses incurred abroad at 100% without maximum limit for 1. Medical treatment including doctor's travelling expenses and taxi costs to a doctor if there is no doctor practising at the place of sojourn; 2. Medicines and dressings / bandages; 3. Remedies prescribed by a doctor; 4. Walking aids prescribed by a doctor and wheel chair rental required as part of medical treatment following an accident; (notwithstanding § 5 g) Remedies specified under AVB-R, Part 1. 5. X-rays, radio therapy and diagnosis; 6. Hospital treatment; medical treatment costs can be claimed to the amount of the General Hospital Services without optional benefits and services (private medical treatment and better accommodation) if optional benefits and services are offered at the destination of travel. 7. Transportation costs to the nearest suitable hospital; and from the accident location; 8. Pain-relieving dental treatment and simple fillings. Repairs to existing dental prosthesis, but not the production of new dental prosthesis of any kind including inlays, onlays or orthodontic services. 9. A daily allowance during hospitalisation will be paid instead of costremuneration for in-patient treatment abroad, providing no cost claims are submitted, amounting to EUR 25.00 per day.
	II. Notwithstanding § 5 , para. 1 d , the costs of outpatient or inpatient psychoanalytical and psychotherapeutic treatment by doctors shall be assumed once up to EUR 500.00
	III. Reimbursement of additional costs of repatriation to the nearest suitable hospital at the place of residence of the insured person at 100% provided that the medical treatment 1. is medically necessary and justifiable and 2. organised by the Insurer or its Assistance or the Insurer has already given its prior consent. Return transportation makes medical sense especially in cases where • hospital treatment abroad according to the forecast of the attending physician at the hospital in question shall exceed 14 days or • the costs of treatment abroad are anticipated to exceed the costs of repatriation. The decision whether repatriation makes medical sense and is justifiable shall be decided by a consultant doctor of the Insurer or its Assistance which consults the attending doctor at the temporary location of the patient. If only the preconditions of Section 1 exist then the additional costs of • repatriation within Europe shall be reimbursed only up to an amount of EUR 5,000.00. • Repatriation from outside of Europe shall be reimbursed only up to an amount of EUR 10,000.00.
	IV. In addition, we shall reimburse the costs of: • repatriation of deceased persons from Europe up to EUR 5,000.00. • from other foreign countries up to EUR 10,000.00. All repatriations of deceased persons must be agreed with the insurer.
	V. **Excess** All listed benefits and services paid by the insurer for an insured person are reduced per insured event by an excess of EUR 50.
B. Assistance-services	1. Mediation of medical assistance If an insured person is taken ill whilst travelling abroad, AXA Krankenversicherung AG will provide information, upon request, regarding the possibilities of obtaining medical treatment and shall – if necessary – establish the contact between the general practitioner and the doctor and / or hospital administering treatment. The ensuing costs shall also be carried by the insurer. 2. Organisation of assistance. 3. Declaration of acceptance of costs on location, e.g. for repatriation, repatriation of deceased persons among other things. Upon conclusion of your Foreign Travel Health Insurance you will be provided with an emergency medical helpline number.

C. Premiums and fees	**Table of premiums (in EUR) up to the age of 60**
	Per person and day of travel: from 1 to a maximum of 365 days of travel, EUR 3,49 per day, however at least EUR 8.50
	Table of premiums (in EUR) from the age of 61
	Per person and day of travel: from 1 to a maximum of 365 days of travel, EUR 14,69 per day, however at least EUR 8.50
	1. The tariff rate shall be based upon the respective age of the insured person. Age is defined as the difference between the current year and the year of birth. 2. The premiums are single premiums payable upon conclusion of the insurance policy. 3. Payment of premiums can be either be arranged by SEPA direct debit transfer (see § 8, para. 2 AVB-R), by creditcard or PayPal. 4. Should it not be possible to use the SEPA direct debit facility through the fault of the policyholder, the insurance company can demand reimbursement of any bank charges thus incurred.
D. Eligibility	All persons with a permanent place of residence in the Federal Republic of Germany or in Austria who are only staying abroad for a temporary period of time are eligible for insurance according to this tariff.
E. Territorial scope	Insurance cover shall extend to include medical treatment received abroad. Abroad is deemed to be all countries world-wide, with the exception of those territories for which the insured person holds citizenship and / or in which they have a permanent place of residence immediately before commencement of the trip abroad. In the event of a temporary return to the home country and subject to notification by the policyholder, the continuation of the insurance coverage and extension of coverage to include the insured party's homecountry for up to a maximum period of 4 weeks shall be deemed to be agreed.
F. Policy term	Insurance cover shall commence at the point intime specified in the insurance certificate. An extension of insurance cover beyond the agreed term shall require the express written agreement of the insurer or of its cooperation partner (Care Concept AG) The regulations governing the time of commencement of the insurance cover according to § 2 AVB-R Part I shall apply correspondingly to any period of extension.
G. Other terms and conditions	The supplementary conclusion of the Care Amerika tariff as an extension or as previous insurance to further foreign travel health insurance cover provided by tariffs of AXA Krankenversicherung AG or other insurers is not possible.