Versicherungsbedingungen
für Reise-Krankenversicherungen
in Österreich bei der Advigon Versicherung AG 364
VB-KV 2020_07 Care Austria 364 (CAU 364_2020_07)

Allgemeiner Teil
(gültig für alle im Teil B genannten Tarife Care Austria)

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Personen, die nicht die österreichische Staatsangehörigkeit haben und einen ständigen Wohnsitz vor Reiseantritt außerhalb der Republik Österreich haben, während ihres vorübergehenden Aufenthaltes in der Republik Österreich, soweit sie die weiteren Voraussetzungen der jeweiligen Tarife in Teil B dieser Bestimmungen erfüllen.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
   a. bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beginn einer Anschlussversicherung (Verlängerung des Versicherungsschutzes durch Abschluss eines unmittelbar angrenzenden neuen Versicherungsvertrages) die jeweiligen tariflichen Altersgrenzen bzw. die tariflichen Höchstversicherungsdauern überschritten haben;
   b. in der Republik Österreich der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht (gem. § 4 ASVG) und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen bzw. deren Versicherungsaufnahme gegen geltendes Recht der Republik Österreich verstößt;
   c. Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes eine körperliche Tätigkeit in einem der in Anlage 1 aufgelisteten Berufe bzw. eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Bedingungen; soweit durch die vorgenannte Regelung Gesundheitsrisiken eingeschränkt werden, die von der jeweiligen für den Aufenthaltsort der versicherten Person zuständigen Gebietskrankenkasse/ÖGK in Österreich als entsprechende Pflichtleistungen umfasst wären, verzichtet der Versicherer für diesen Aufenthalt auf diese Einschränkung in der Republik Österreich;
   d. dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf; soweit durch die vorgenannte Regelung Gesundheitsrisiken eingeschränkt werden, die von der für den Aufenthaltsort der versicherten Person jeweils zuständigen Gebietskrankenkasse/ÖGK in Österreich umfasst werden, verzichtet der Versicherer für diesen Aufenthalt auf diese Einschränkung in der Republik Österreich;
   e. illegal in die Republik Österreich eingereist sind bzw. sich dort illegal aufhalten;
   f. allein aufgrund des Bestehens dieser Versicherung während ihres befristeten Aufenthaltes in der Republik Österreich gegen deren gesetzliche Regelungen verstoßen;
   g. sich vorbehaltlich der vorrangigen Regelung zur Kindernachversicherung (vgl. § 2 Ziff. 9 dieser Bedingungen) ohne den die Versicherungsfähigkeit begründenden Hauptgrund im Reiseland aufhalten;
   h. sich bei Antragstellung bereits länger als 12 Monate durchgehend außerhalb der Republik Österreich bzw. in dem jeweiligen Heimatland aufhalten, wenn sie während dieser Zeit nicht bei einer gesetzlichen oder privaten Kranken- oder Reise-Krankenversicherung versichert waren, oder sich in ihrem Heimatland aufgehalten haben (Ausnahme: vgl. § 2 Ziff. 1);

   sofern sich aus den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen nichts anderes ergibt.
4. Bei laufenden Verträgen entfällt die Versicherungsfähigkeit versicherter Personen, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit der Republik Österreich erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in die Republik Österreich verlegt hat, vgl. § 6 Ziff. 3 e. In Abweichung zu § 1 Ziff. 1 - 4 in Verbindung mit § 6 Ziff. 3 e. dieser Bedingungen sind auch diejenigen Personen versicherungsfähig, die einen dauerhaften Aufenthaltstitel für die Republik Österreich beabsichtigen und zu diesem Zweck in die Republik Österreich einreisen, bis zu dem Zeitpunkt, in dem sich der dauerhafte Aufenthalt konkretisiert.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages, Kindernachversicherung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise und, soweit im gesetzlichen Rahmen zulässig und mit der Höchstversicherungsdauer dieses Tarifes vereinbar, für die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes bzw. innerhalb eines Jahres nach Einreise der versicherten Person in die Republik Österreich zu stellen. Liegt die Einreise länger als ein Jahr zurück, kann der Antrag nur unter Nachweis einer lückenlosen Vorversicherung gestellt werden. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages bei dem Versicherer vertreten durch die Care Concept AG. Das Datum der Einreise in die Republik Österreich ist auf Verlangen nachzuweisen.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von dem Versicherer hierfür vorgesehene Antrag, auch wenn er in elektronischer Form zu stellen ist, ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer eingeht und der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines an den Versicherungsnehmer annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
3. Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers bzw. der Care Concept AG – zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag muss, soweit im gesetzlichen Rahmen zulässig, für die gesamte Dauer des Aufenthaltes in der Republik Österreich, maximal bis zu der im jeweiligen Tarif vorgesehenen Höchstversicherungsdauer, abgeschlossen werden.
5. Mindest- und Höchstversicherungsdauer
   a. Die Mindestversicherungsdauer beträgt einen Monat.
   b. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 364 Tage.
6. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann für den weiteren, ursprünglich nicht versicherten Aufenthalt in der Republik Österreich ein rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
   a. Der Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes (eigenständiger Anschlussvertrag) muss auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eingereicht werden.
   b. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, muss dem rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers oder der Care Concept AG – zu.
7. Bei einer Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag
   a. besteht Versicherungsschutz für die Versicherungsfälle, Unfallfolgen, Krankheiten und Krankheitssymptome sowie deren Folgen, die nach Beantragung des Anschlussvertrages (Datum und Uhrzeit des Antrages) neu eingetreten sind, gemäß § 9 dieser Bedingungen;
   b. gelten § 6 Ziff. 2, § 7 I Ziff. 2, § 8 Ziff. 1 a. und k. entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II Ziff. 2 zu beachten.

   Soweit aufgrund dieser Regelung eine Einschränkung des Schutzumfanges der Krankenversicherung besteht, wie ihn die für den Aufenthaltsort der versicherten Person jeweils zuständige Gebietskrankenkasse/ÖGK bietet, so gelten die entsprechenden Kostendeckelungen und Selbstbehalte als in der Höhe vereinbart, in der diese von der Gebietskrankenkasse/ÖGK für entsprechende vorgesehene Pflichtleistungen übernommen würden bzw. Selbstbehalte gegenüber dieser anfallen würden.
   Sollten die derzeit in der Republik Österreich bestehenden Gebietskrankenkassen/ÖGK zukünftig durch ein einheitliches Gesundheitskassenmodell abgelöst werden, so gelten vorstehende sowie nachfolgende Regelungen ebenso gegenüber dieser Institution.
8. Der Versicherungsvertrag endet
   a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
   b. mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Republik Österreich. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
   c. mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Republik Österreich;
   d. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Republik Österreich nicht mehr vorliegen, da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in der Republik Österreich entschieden hat oder da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;

e. abweichend von § 2 Ziff. 8 d., wenn sich der dauerhafte Aufenthalt der versicherten Person in der Republik Österreich konkretisiert gemäß § 1 Ziff. 4 Satz 2;
f. wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 Ziff. 1, 2 und 4 entfällt.

9. Kindernachversicherung
   a. Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt ohne Wartezeiten mit dem Tag der Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist. Als Nachweis genügt die Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde in Textform per E-Mail, Fax oder Post.
   b. Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass
      aa. der versicherte Elternteil gemäß § 178b VersVG in Verbindung mit § 178e VersVG in vollem Umfang versichert ist;
      bb. der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und umfassender ist als der des versicherten Elternteils;
      cc. kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
   c. Die Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.
   d. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als 2 Monate nach der Geburt oder wird ein Versicherungsschutz beantragt, der höher oder umfassender ist als der des versicherten Elternteils, unterliegt die Versicherung des Kindes einer gesonderten Risikoprüfung durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz erst mit der Annahme des Versicherungsvertrages in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragraphen der Ziff. 1 bis 9 entsprechend.
   e. Die Verpflichtung des Versicherers zur Gewährung von Versicherungsschutz im Rahmen der Kindernachversicherung besteht nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

§ 3 Kündigung

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

§ 4 Prämie

1. Zahlung der Erst- oder Einmalprämie
   a. Der Versicherungsnehmer hat die Prämie und, wenn laufende Prämien bedungen sind, die erste Prämie sofort nach dem Abschluss des Vertrages zu zahlen. Er ist zur Zahlung gegen Übermittlung des Versicherungsscheins verpflichtet, es sei denn, dass die Ausstellung eines Versicherungsscheins ausgeschlossen ist.
   b. Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
   c. Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist nach Ziff. 1 b. noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
2. Zahlung von Folgeprämien
   a. Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von 2 Wochen.
   b. Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Folgeprämie in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer ab der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
   c. Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von 2 Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
   d. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Ziff. 2 b bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Ziff. 2 b. bleibt hiervon unberührt.
3. Einzelheiten zur Prämienzahlung
   a. Die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Überweisung oder per PayPal erfolgen.
   b. Wird die Prämie vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bank- oder Kreditkartenkonto abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder der Versicherungsnehmer, noch – im Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist – der Kontoinhaber dem Zahlungsabruf widerspricht bzw. widersprechen.
      Konnte die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post) erfolgt.

§ 5 Recht zur Prämienanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage kann der Versicherer die Prämie unter den Voraussetzungen des § 178f VersVG einseitig erhöhen. Als für die Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände werden die Veränderungen der folgenden Faktoren vereinbart:
   a. eines in der Vereinbarung genannten Index,
   b. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
   c. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
   d. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
   e. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtung und
   f. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
2. Die Anpassungen nach Ziff. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
3. Erhöht der Versicherer die Prämien nach Ziff. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.
   Bei Erhöhung der Prämie hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessenen geänderten Leistungen anzubieten.

§ 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Geltungsbereich
   a. Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bedingungen. Es wird ebenso auf § 1 Ziff. 4 Satz 2 der Allgemeinen Bedingungen verwiesen.
   b. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt das Staatsgebiet der Republik Österreich, wenn die versicherte Person nicht deren Staatsangehörigkeit besitzt und/oder dort keinen ständigen Wohnsitz hat.
   c. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
   d. Versicherungsschutz besteht auch für die Staatsgebiete derjenigen Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person zusätzlich innehat (= doppelte Staatsangehörigkeit), sofern die versicherte Person dort seit mindestens 5 Jahren keinen Hauptwohnsitz mehr besitzt.
   e. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen (Allgemeiner und Besonderer Teil) sowie

den gesetzlichen Vorschriften der Republik Österreich.

f. Abweichend von § 6 Ziff. 1 b. bis d. besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person Versicherungsschutz:
   - Bei Versicherungsverträgen mit einer Dauer von bis zu 4 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person bis zu einer Dauer von 14 Tagen für alle Heimataufenthalte während der Vertragslaufzeit.
   - Bei Versicherungsverträgen mit einer Dauer von mehr als 4 Monaten und weniger als 364 Tagen und/oder für mehrere aufeinander folgende Verträge mit einer Laufzeit von bis zu 364 Tagen besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person bis zu einer Dauer von 28 Tagen für alle Heimataufenthalte während der Vertragslaufzeit.
   - Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 364 Tagen gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinanderfolgenden Verträge. Der Tag der Einreise in das Heimatland und der Ausreise aus dem Heimatland wird jeweils als voller Tag des Heimatlandaufenthaltes gerechnet.
   - Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post) anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachzuweisen.
   - Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziff. 14 e. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % der tarifgemäß maximal erstattungsfähigen Kosten geleistet. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.

g. Abweichend von § 6 Ziff. 1 a. und b. besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch bei einem Aufenthalt der versicherten Person in einem Drittland Versicherungsschutz. Drittländer im Sinne dieser Bedingungen sind, mit Ausnahme der Republik Österreich sowie des Heimatlandes der versicherten Person, die Länder der Europäischen Union sowie die Mitgliedstaaten des Schengen-Abkommens.
   - Bei Versicherungsverträgen mit einer Dauer von weniger als 364 Tagen und/oder für mehrere aufeinanderfolgende Verträge mit einer Laufzeit von bis zu 364 Tagen besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt der versicherten Person in einem Drittland bis zu einer Dauer von 30 Tagen für alle Drittlandaufenthalte während der Vertragslaufzeit
   - Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 364 Tagen gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinanderfolgenden Verträge. Der Tag der Einreise in das Drittland und der Ausreise aus dem Drittland wird jeweils als voller Tag des Drittlandaufenthaltes gerechnet.
   - Beginn und Ende einer jeden Reise in das Drittland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (z.B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post) anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachzuweisen.
   - Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziff. 14 e. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % der tarifgemäß maximal erstattungsfähigen Kosten geleistet.

Abweichend von Ziff. 1 b., c. und f. werden im Rahmen eines Heimatlandaufenthaltes der versicherten Person vom Versicherer andere Zeiträume abgedeckt, sofern diese von der für den Aufenthaltsort der versicherten Person jeweils zuständigen Gebietskrankenkasse/ÖGK in Österreich abgedeckt würden. Auf damit nicht in Vereinbarung zu bringende Einschränkungen während eines Heimatland- oder Drittlandaufenthaltes der versicherten Person wird verzichtet.

2. Beginn
   Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
   a. nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
   b. nicht vor der Einreise bzw. Grenzüberschreitung in die Republik Österreich;
   c. nicht vor Zahlung der Prämie;
   d. nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
3. Ende
   Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
   a. zum vereinbarten Zeitpunkt bzw. mit Erreichen der Höchstversicherungsdauer gemäß § 2 Ziff. 5 b.;
   b. mit Beendigung des Aufenthaltes in der Republik Österreich;
   c. mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
   d. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Republik Österreich nicht mehr vorliegen bzw. eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für die Republik Österreich erteilt wird; vgl. auch § 1 Ziff. 4;
   e. wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 dieser Bedingungen entfällt. Die Versicherungsfähigkeit entfällt insbesondere dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit der Republik Österreich erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in die Republik Österreich verlegt hat;
   f. wenn der vorübergehende Aufenthalt der versicherten Person gegen gesetzliche Regelungen der Republik Österreich verstößt;
   g. nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland, spätestens jedoch nach dem 28. Tag für alle Ferienaufenthalte im Heimatland innerhalb eines Versicherungsjahres (vgl. § 6 Ziff. 1 f. 3);
   h. nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für Aufenthalte in einem Drittland, spätestens jedoch nach dem 30. Tag für alle Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres (vgl. § 6 Ziff. 1 f. 3).
   i. Der Versicherer verzichtet auf diese Regelungen, soweit die für den Aufenthaltsort der versicherten Person jeweils zuständige Gebietskrankenkasse/ÖGK in Österreich diese Gesundheitsrisiken als entsprechende Pflichtleistungen übernehmen würde.

§ 7 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungen

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Allgemeines

1. Der Versicherer leistet Entschädigung für die nach Ablauf einer ggf. vereinbarten Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für akut auf der Reise im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 7 II aufgeführt.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
   a. Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (eigenständiger Anschlussvertrag) bestanden hat;
   b. die Entbindung einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
   c. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes;
   d. der Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Republik Österreich. Über den Umfang des Versicherungsschutzes wurde der Versicherungsnehmer bereits vor Abgabe des Antrages aufgeklärt.
4. In der Republik Österreich steht der versicherten Person die Wahl unter den gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnen. Im vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandelnden erstattet, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann.
   Bei einem Aufenthalt der versicherten Person in einem Heimatland bzw. Drittland steht der versicherten Person ebenfalls die Wahl unter den im Aufent-

haltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr berechnen.

5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung). Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist oder wenn der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
7. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Der Versicherer leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, dass in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Wartezeiten

1. Die allgemeine Wartezeit beträgt 31 Tage. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt,
   a. wenn die versicherte Person die Einreise in die Republik Österreich innerhalb von 31 Tagen vor Antragstellung nachweist bzw. die Versicherung vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen wurde bzw. der Vertrag ohne zeitlichen Verzug an eine vergleichbare Vorversicherung anknüpft. Maßgebend ist der Eingang des Antrages bei dem Versicherer bzw. der Care Concept AG;
   b. bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.
2. Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen und Zahnersatz 8 Monate. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn und bei Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen Anschlussvertrag ab Beginn der Verlängerung an.

III. Heilbehandlungskosten

1. Eigenanteil/Selbstbehalt
   a. Soweit nichts anderes zwischen den Parteien vertraglich vereinbart ist, fällt für die erstattungsfähigen Kosten der nachfolgenden Ziff. 2 bis 5 kein Eigenanteil im Versicherungsfall an.
   b. Die Regelung des § 9 dieser Bedingungen bleibt unberührt.
2. Heilbehandlungskosten
   Der Versicherer erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des versicherten Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Soweit der Umfang einer der nachstehenden Leistungen pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von 364 Tagen, gerechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages, einschließlich aller Anschlussverträge. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
   a. ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden bzw. unvorhersehbare Komplikationen hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;
   b. Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen. Der Tag der Geburt und der Tag der Entlassung zählen jeweils als voller Kalendertag;
   c. Schwangerschaftsuntersuchungen, sofern die Schwangerschaft bei Versicherungsbeginn des Erstvertrages bzw. bei Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages noch nicht bestanden hat;
   d. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis maximal 500,– EUR je Versicherungsjahr, insbesondere
      - zur Früherkennung von Krebserkrankungen;
      - zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit;
      - zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes;
   e. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
   f. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen sowie ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt 1.500,– EUR pro Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 364 Tagen, gerechnet vom Versicherungsbeginn;
   g. ärztlich verordnete Hilfsmittel bis 2.500,– EUR pro Versicherungsjahr (vgl. § 6 Ziff. 1 f. 3), die allein infolge eine Unfalles erstmals notwendig werden und unmittelbar der Behandlung der Unfallfolgen dienen; ärztlich verordnete Sehhilfen sind bis zu 100,– EUR je Versicherungsjahr (vgl. § 6 Ziff. 1 f. 3) erstattungsfähig;
   h. Röntgendiagnostik, Kernspin- und Computertomografie, Positronenemissions-(PET) und Computer-Positronenemissionstomografie (CT-PET);
   i. ärztliche Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen. In diesem Zusammenhang sind psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen bis 150,– EUR je Sitzung, maximal 1.500,– EUR je angefangenes Versicherungsjahr versichert (vgl. § 6 Ziff. 1 f. 3);
   j. Akutbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind. Ausgeschlossen bleiben Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
   k. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung). Erstattungsfähig sind auch Kosten für einen Belegarzt.
   l. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus, bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
   m. Operationen;
   n. die Kosten für Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,– EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit, sofern die Infektion nachweislich bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung des Anschlussvertrages festgestellt wurde;
   o. für die Dauer eines Monats die Kosten für palliativmedizinische Betreuung und Behandlung, die stationär, teilstationär oder ambulant erbracht wird, nachdem diagnostiziert wurde, dass die versicherte Person durch Behandlung nicht mehr geheilt werden kann. In diesem Rahmen sind versichert die Kosten für physische und psychologische Behandlung, der Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Hospiz sowie die für die Behandlung und Betreuung erforderlichen verschreibungspflichtigen Arzneimittel.

   Bei einem Aufenthalt der versicherten Person in Österreich gelten sämtliche Gesundheitsrisiken, wie sie von der jeweils für den Aufenthaltsort der versicherten Person zuständigen Gebietskrankenkasse/ÖGK als entsprechende Pflichtleistungen in Österreich abgedeckt würden, als vom Versicherer abgedeckt.

   Auf damit nicht in Vereinbarung zu bringende, in §§ 7 und 8 sowie in dieser Ziff. 2 enthaltene Ausschlüsse oder Einschränkungen (wie z. B. für Alkohol- und Suchtgiftmissbrauch oder Selbstgefährdung) von Leistungen, verzichtet der Versicherer.

   Soweit in den Allgemeinen Bedingungen Kostendeckelungen und Selbstbehalte aufgeführt sind, gelten diese bei einem Aufenthalt der versicherten Person in Österreich als in der Höhe vereinbart, in der von der jeweils für den Aufenthaltsort der versicherten Person zuständigen Gebietskrankenkasse/ÖGK für entsprechende vorgesehene Pflichtleistungen die Kosten übernommen würden bzw. gegenüber dieser Selbstbehalte anfallen würden.
3. Zahnbehandlungskosten
   Soweit der Umfang einer der nachstehenden Leistungen pro Versicherungsjahr begrenzt ist, gilt als Versicherungsjahr ein Zeitraum von 364 Tagen, ge-

rechnet vom Versicherungsbeginn des Erstvertrages, einschließlich aller Anschlussverträge. Der Versicherer erstattet nach Ablauf der vereinbarten Wartezeiten die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten für:

a. medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschließlich Zahnbehandlungen in nicht dentinadhäsiver Ausführung, Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie eine jährliche Kontrolluntersuchung (vgl. § 6 Ziff. 1 f. 3) einschließlich Zahnreinigung zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages;
b. medizinisch notwendigen Zahnersatz (einschließlich Reparaturen) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und kieferorthopädische Behandlungen. Dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Die Erstattung ist begrenzt auf maximal 750,– EUR. Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, wird bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit nur für 50 % der maximal erstattungsfähigen Behandlungskosten geleistet;
c. unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz (einschließlich Reparaturen) zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, maximal 3.000,– EUR je Unfallereignis und angefangenem Versicherungsjahr (vgl. § 6 Ziff. 1 f. 3). Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und kieferorthopädische Behandlungen. Dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben. Wird ein Heil- und Kostenplan vor der Behandlung nicht vorgelegt, wird von den erstattungsfähigen Kosten nur bis zu 500,– EUR geleistet.

Soweit in dieser Ziff. 3 Kostendeckelungen und Selbstbehalte aufgeführt sind, gelten diese bei einem Aufenthalt der versicherten Person in der Republik Österreich als in der Höhe vereinbart, in der für entsprechende Pflichtleistungen Kosten von der für den Aufenthaltsort der versicherten Person jeweils zuständigen Gebietskrankenkasse/ÖGK übernommen würden bzw. gegenüber dieser Selbstbehalte anfallen würden.

4. Nachhaftung
Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus eine Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so ist der Versicherer bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von bis zu 4 Wochen, weiter zur Leistung verpflichtet.

IV. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland:

a. die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen Rücktransportes in das Heimatland der versicherten Person, sofern der Rücktransport vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet wird und vertretbar ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
b. Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 25.000,– EUR oder
c. Bestattungskosten im Aufenthaltsland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 25.000,– EUR.

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Sofern nach dem gewählten Tarif, § 7 dieser Bedingungen oder den sonstigen vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes bestimmt ist, wird nicht bzw. im Übrigen nicht geleistet für:
   a. Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
   b. die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;
   c. solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
   d. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (für eine Anschlussheilbehandlung gilt § 7 I Ziff. 6 Satz 3);
   e. Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
   f. ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
   g. Behandlungen durch Ehegatten, den Partner/die Partnerin einer gesetzlich eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   h. Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder einer Gastfamilie zusammen lebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   i. eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung, sofern nicht durch § 7 III. Ziff. 2 o. eingeschlossen;
   j. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, soweit diese nicht in § 7 III Ziff. 2 i. mitversichert sind;
   k. bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beantragung einer Vertragsverlängerung bestehende Schwangerschaften und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte; soweit nicht in § 7 III Ziff. 2 a. bis c. etwas anderes bestimmt ist.
   l. Immunisierungsmaßnahmen;
   m. Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden; soweit diese nicht in § 7 III Ziff. 2 g. mitversichert sind.
   n. Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
   o. Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen. Abweichend hiervon werden diese Kosten im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,– EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung festgestellt wurde;
   p. Vorsorgeuntersuchungen; soweit diese nicht in § 7 III Ziff. 2 d. mitversichert sind.
   q. Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen; soweit diese nicht in § 7 III Ziff. 3 mitversichert sind.
   r. Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen;
   s. Organspenden und Folgen.

   In Abweichung von Ziff. 1 a. bis s. gelten sämtliche Gesundheitsrisiken während eines Aufenthaltes der versicherten Person in der Republik Österreich, wie sie von der für den Aufenthaltsort der versicherten Person jeweils zuständigen Gebietskrankenkasse/ÖGK für entsprechend vorgesehene Pflichtleistungen abgedeckt würden, als vom Versicherer abgedeckt. Auf damit nicht in Vereinbarung zu bringende, in Ziff. 1 a. bis s. enthaltene Ausschlüsse oder Einschränkungen von Leistungen, verzichtet der Versicherer.
2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
   a. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
   b. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind;
   c. der Anspruch auf Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der Gründe und der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 9 Vorerkrankungen

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

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

   jeweils einschließlich daraus resultierender Beschwerden – auch soweit diese vor Beantragung des Versicherungsschutzes bekannt waren.
   Keine Leistungspflicht besteht jedoch, wenn der Eintritt des Versicherungsfalles bei der Beantragung des Versicherungsvertrages bzw. bei der Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen eigenständigen Anschlussvertrag feststand.
2. Soweit eine gemäß § 9 Ziff. 1 eingeschlossene Vorerkrankung, Folgen von Unfällen und/oder Gebrechen zu einem Versicherungsfall führt, so gilt:
   Von den erstattungsfähigen Kosten der Heilbehandlung für die bei Beantragung des Versicherungsschutzes bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes bestehenden Vorerkrankungen, Folgen von Unfällen und/oder Gebrechen sowie den sich daraus ergebenden Beschwerden und Folgen trägt der Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung in Höhe von 5.000,– EUR je versicherter Person und angefangenem Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 364 Tagen gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer verringert sich diese Selbstbeteiligung nicht. Die Leistungen des Versicherers hierfür sind je versicherter Person begrenzt auf maximal 30.000,– EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit.
3. Die Bestimmungen von
   - § 2 Ziff. 6 Abschluss eigenständiger Verlängerungsvertrag
   - § 6 Ziff. 2 Beginn des Versicherungsschutzes
   - § 6 Ziff. 3 Ende des Versicherungsschutzes
   - § 7 I Ziff. 2 Definition Versicherungsfall
   - § 7 II Wartezeiten
   - § 8 Einschränkungen der Leistungspflicht

   bleiben unberührt.
4. In Abweichung von Ziff. 1, 2 und 3 gelten für einen Aufenthalt des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person in der Republik Österreich sämtliche Gesundheitsrisiken, wie sie von der für den Aufenthaltsort der versicherten Person jeweils zuständigen Gebietskrankenkasse/ÖGK als entsprechend vorgesehene Pflichtleistung abgedeckt würden, als vom Versicherer abgedeckt. Auf damit nicht in Vereinbarung zu bringende, in Ziff. 1 bis 3 enthaltende Ausschlüsse oder Einschränkungen von Leistungen wird daher verzichtet.
   In Abweichung von Ziff. 2 gelten für einen Aufenthalt des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person in der Republik Österreich sämtliche Kostendeckelungen und Selbstbehalte des Versicherers als in der Höhe vereinbart, in der von der für den Aufenthaltsort der versicherten Person jeweils zuständigen Gebietskrankenkasse/ÖGK in der Republik Österreich für entsprechende vorgesehene Pflichtleistungen die Kosten abgedeckt würden, als vom Versicherer abgedeckt.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheiten

Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

1. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheins alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und genau umschrieben in schriftlicher Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

2. Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.
3. Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat.
4. Tritt der Versicherer zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts. Der Versicherer kann ganz oder teilweise die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
5. Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.
6. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.
7. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn der laufenden Versicherungsperiode an die entsprechend höhere Prämie verlangen.

Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrags

8. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist.
   Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, und die Verpflichtung des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten, vom Versicherer geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen, sowie - falls dies nicht bereits im Antrag erfolgt ist - Dritte (z.B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden.
9. Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrags

10. Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Auskunftspflicht des § 10 Abs. 8, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zu Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist.
    Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.
11. Wird die in § 10 Abs. 9 genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z. B Krankenhaus- Taggeld, Krankenhaus-Ersatztaggeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

12. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
    a. den Schaden im Sinne des § 62 VersVG möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
    b. den Schaden dem Versicherer vertreten durch die Care Concept AG unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, in Textform (E-Mail, Fax oder Post) anzuzeigen;
    c. dem Versicherer vertreten durch die Care Concept AG jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
    d. im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zum Versicherer aufzunehmen.
13. Die Originalrechnungen sind einzureichen bei der
    Care Concept AG
    Postfach 30 02 62
    53182 Bonn
    Deutschland
14. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet (vgl. § 10 Ziffer 6), wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
    a. Originalbelege in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen wiedergeben. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
    b. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
    c. eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
    d. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Republik Österreich;
    e. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland oder einem Drittland;
    f. auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziffer 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt in der Republik Österreich im Aufenthaltsland;
    g. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland in der Republik Österreich abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland die Republik Österreich;
    h. die Annahme der österreichischen Staatsbürgerschaft, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung oder die Versagung der Aufenthaltserlaubnis für die Republik Österreich, sowie die ständige Wohnsitznahme in der Republik Österreich sind dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, umgehend in Textform (E-Mail, Fax, Post) anzuzeigen;
    i. die Änderung des Hauptgrundes des Aufenthaltes in der Republik Österreich (z. B. Beendigung des Studiums, der Schulbesuche, des Au-Pair Vertrages) sind in Textform (E-Mail, Fax oder Post) anzuzeigen.
15. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen (vgl. § 11a VersVG) personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die erforderlichen Auskünfte und/oder ihre ausdrückliche Einwilligung zu einer notwendigen Erhebung bei Dritten bzw. behandelnden Ärzten/Krankenanstalten/Gesundheitsdienstleistern nicht erteilt, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit der Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht in ausreichendem Umfang entbunden werden.
16. Folgen von Obliegenheitsverletzungen (abgesehen von §10 Abs. 10 und 11)
    Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

§ 11 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von 2 Monaten seit Anmeldung des Versicherungsfalles eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Republik Österreich gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post) gehemmt. Nach 10 Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

§ 12 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Der Versicherer wird auf eine Kostenteilung mit einem Privaten Krankenversicherungsunternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf dem Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat.
3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandelnden aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.
4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der

Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 13 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, sofern die Gegenforderung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 8 KSchG vorliegt.

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

1. Alle Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und sonstigen Dritten im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag bedürfen zu ihrer Gültigkeit der geschriebenen Form (jedoch ohne Unterschrift). Die Erklärungen müssen dem Empfänger zugehen, von ihm dauerhaft aufbewahrt werden können (ausdrucken oder abspeichern wie etwa Fax oder E-Mail, aber nicht SMS-Nachrichten) und die Person des Erklärenden muss aus dem Text zweifelsfrei hervorgehen. Schriftliche Erklärungen und Informationen sind selbstverständlich auch gültig, bloß mündliche aber unwirksam.
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

§ 15 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

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

§ 16 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

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

Advigon Versicherung
Drescheweg 1
FL-9490 Vaduz
Liechtenstein

B. Besonderer Teil: Tarife zu den VB-KV 2020_07 (CAU 364_2020_07)

B I. Tarif Care Austria 364 Education

I. Versicherungsfähigkeit

1. In Ergänzung zu § 1 dieser Bedingungen sind in diesem Tarif versicherungsfähig
   - Praktikanten und Teilnehmer an Working-Holiday-Programmen oder
   - Personen, die sich nachweislich zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen an staatlichen oder privaten, zu diesem Zweck zugelassenen Einrichtungen aufhalten oder
   - Personen, die sich nachweislich zu Weiterbildungsmaßnahmen an einer Volkshochschule aufhalten, sofern die Weiterbildungsmaßnahme mindestens zwanzig Schulstunden pro Woche umfasst oder
   - Personen, die als Volontär oder Trainee in einer entsprechenden Institution bzw. Organisation eingesetzt sind sowie
   - Personen, die eine Au-pair-Stelle annehmen,

   soweit diese Personen das 36. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (36. Geburtstag).
2. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die sich zur Durchführung von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen gemäß Ziff. 1 dieses Tarifes dieser Bedingungen oder als Praktikant und Teilnehmer eines Working-Holiday-Programmes vorübergehend im Ausland in der Republik Österreich aufhalten und bei Versicherungsbeginn das 12. Lebensjahr (12. Geburtstag) noch nicht vollendet haben. Diese Regelung gilt vorbehaltlich der nachrangigen Regelung zur Kindernachversicherung (vgl. § 2 Ziff. 9 dieser Bedingungen).
3. Die Versicherungsfähigkeit in dem Tarif Care Austria 364 Education entfällt, wenn die Aus- oder Weiterbildung oder die Durchführung eines Working-Holiday-Programmes nicht mehr der Hauptgrund für den vorübergehenden Aufenthalt in der Republik Österreich während des versicherten Zeitraumes ist. Die Versicherungsfähigkeit entfällt auch dann, wenn der Au-Pair-Vertrag beendet ist bzw. aus den in § 2 Ziff. 8 dieser Bedingungen genannten Gründen nicht mehr besteht. Entfällt die Versicherungsfähigkeit nach dieser Ziff. 3 Satz 1 und 2, so besteht die Möglichkeit eines Tarifwechsels aus dem Tarif Care Austria 364 Education in den Tarif Care Austria 364 Standard.

II. Mindest- und Höchstversicherungszeit

1. Die Mindestversicherungsdauer beträgt einen Monat und ist in § 2 Ziff. 5 dieser Bedingungen geregelt.
2. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 364 Tage und ist in § 2 Ziff. 5 dieser Bedingungen geregelt.

B II. Tarif Care Austria 364 Standard

Ergänzend zu § 1 Ziff. 2 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen gilt:

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres (75. Geburtstag), sofern
   a. diese sich nur vorübergehend in der Republik Österreich aufhalten und
   b. bei Abschluss des Versicherungsvertrages das 74. Lebensjahr (74. Geburtstag) noch nicht vollendet haben (Höchsteintrittsalter).
2. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag das 75. Lebensjahr (75. Geburtstag) vollendet haben.
3. Die Versicherungsfähigkeit entfällt dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat.

II. Mindest- und Höchstversicherungszeit

1. Die Mindestversicherungsdauer beträgt einen Monat und ist in § 2 Ziff. 5 dieser Bedingungen geregelt.
2. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 364 Tage und ist in § 2 Ziff. 5 der Allgemeinen Bedingungen geregelt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

1. Produktinformationsblatt (IPID)

2. Verbraucherinformationen

3. Informationsblatt u.a. gemäß § 137f GewO

4. Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 9 ECG

5. Informationspflichten bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 9 ECG

6. Merkblatt zur Datenverarbeitung

7. Auszug Versicherungsvertragsgesetz

8. Ausdrückliche Erklärungen

Auslandskrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Advigon Versicherung AG

Produkt: Care Austria 364

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Diese Informationen sind nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus Ihren Versicherungsunterlagen, insbesondere dem Versicherungsantrag, dem gewählten Tarif, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen sowie ggf. späteren schriftlichen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie sich bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Auslandskrankenversicherung.

Was ist versichert?

- ✓ ambulante Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen
- ✓ stationäre Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen
- ✓ Schwangerschaftsuntersuchungen und -behandlungen sowie Entbindung nach Ablauf der Wartezeit
- ✓ schmerzstillende Zahnbehandlungen
- ✓ Röntgendiagnostik
- ✓ ärztlich verordnete Medikamente aus der Apotheke
- ✓ Überführungs- und Bestattungskosten

Der Umfang und die im Einzelnen zutreffenden Leistungen Ihres Vertrages werden durch die Versicherungsbedingungen sowie durch die Tarifbedingungen bestimmt. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.

Was ist nicht versichert?

- x Versicherungsfälle, die durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind
- x eine Behandlung im Ausland, wenn die Behandlung zumindest auch Grund für den Antritt der Reise war
- x Organspenden und deren Folgen

Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welches Versicherungsprodukt und welche Tarifvariante Sie gewählt haben. In Betracht kommen insbesondere Deckungsbeschränkungen

- ! in zeitlicher Hinsicht (z.B. Höchstdauer beim Heimatlandaufenthalt, zeitliche Begrenzung bei der Nachhaftung)
- ! in Bezug auf persönliches Verhalten (z.B. bei Nichtvorlage eines erforderlichen Heil- und Kostenplans)
- ! in finanzieller Hinsicht (z.B. Selbstbehalte, Höchstversicherungssummen)

Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.

Wo bin ich versichert?

Die Versicherung zugunsten der jeweils versicherten Person gilt im Ausland. Es besteht Versicherungsschutz

- ✓ Versicherungsschutz innerhalb der Staatsgebiete der Republik Österreich

Der konkrete Geltungsbereich Ihres Versicherungsschutzes wird durch das von Ihnen gewählte Versicherungsprodukt, insbesondere durch den vonIhnen gewählten Tarif, bestimmt. Bitte beachten Sie, dass je nach der von Ihnen gewählten Tarifvariante auch ein temporärer Schutz im Heimatland oder Drittländern mitversichert sein kann.
Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- rechtzeitige Beitragszahlung
- wahrheitsgemäße Beantwortung der Gesundheitsfragen, z.B. im Rahmen des Antragsverfahrens
- Beachtung der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Anzeigepflichten, so z.B. das unverzügliche Anzeigen eines Schadens
- Übersendung einer vollständigen und vollständig ausgefüllten Schadennazeige
- Sie sind verpflichtet, den Schaden nach Eintritt des Versicherungsfalles möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.
- Wahrung der vertraglich verienbarten Obliegenheiten

Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.

Wann und wie zahle ich?

Die Versicherungsprämie ist grundsätzlich eine Einmalprämie, welche nach vertraglicher Vereinbarung auch als monatliche Prämie entrichtet werden kann. Die Einmal- bzw. Erstprämie ist je anch vertraglicher Vereinbarung bei Abschluss des Versicherungsvertrages oder mit Versicherungsbeginn fällig. Ob und wann Sie weitere Prämien zahlen müssen, entnehmen SIe bitte Ihren Vesicherungsunterlagen, insbesondere Ihrem Versicherungsschein.

Sie zahlen gemäß Ihrer bei Vertragsschluss gewählten Zahlungsart. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein benannten Zeitpunkt, jedoch grundsätzlich nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung der Erst- bzw. Einmalprämie. Zudem müssen die Wartezeiten abgelaufen sein.
Der Versicherungsschutz endet zum vereinbarten Zeitpunkt bzw. mit Beendigung des Versicherungsvertrages.

Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Ob Sie ein ordentliches Kündigungsrecht haben, wird durch das von Ihnen gewählte Versicherungsprodukt bestimmt. Sofern ein ordentliches Kündigungsrecht vereinbart worden ist, bedarf die Kündigungserklärung der Textform (E-Mail, Fax oder Post). Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.
Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

Verbraucherinformationen
Krankenversicherung
Care Austria 364

Identität des Versicherers (Name, Anschrift):

Advigon Versicherung AG (Rechtsform Aktiengesellschaft)
Drescheweg 1
9490 Vaduz
Liechtenstein
Tel.: +423 3750277
Fax: +423 3753087

Eintragung im Handelsregister:

FL-0002.181.006-7, Handelsregister des Fürstentums Liechtenstein

Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigte der Advigon Versicherung AG:

Advigon Versicherung AG (Rechtsform Aktiengesellschaft)
Drescheweg 1
9490 Vaduz
Liechtenstein
Geschäftsleitung: Kai-Uwe Blum, Godehard Laufköter, Rinaldo Manetsch
Präsident des Verwaltungsrates: Eberhard Reinhold Sautter

Hauptgeschäftstätigkeit der Advigon Versicherung AG, im Folgenden „Advigon“ genannt:

Die Advigon betreibt die direkte Kranken- und Lebensversicherung.

Name und Adresse der zuständigen Aufsichtsbehörde:

FMA (Finanzmarktaufsicht Liechtenstein)
Postfach 279
Landstraße 109
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@fma-li.li

Zuständiger Versicherungsvermittler:

Das Versicherungsverhältnis kommt mit Hilfe der Care Concept AG als Mehrfachvermittler (Assekuradeur) zustande. Diese steht Ihnen unter

Care Concept AG
Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn
Telefon:+49 228 97735-0
Fax: +49 228 97735-35
E-Mail: info@care-concept.de
Handelsregister-Nr. HRB 8470
zur Verfügung und ist für die Vertragsabwicklung einschließlich der Bearbeitung von Leistungsfällen zuständig.

Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen:

Für die in diesem Druckstück aufgeführten Produkte bestehen keine Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen.

Wesentliche Merkmale der Leistungen:

Die Advigon betreibt die direkte Kranken- und Lebensversicherung. Je nach Umfang des gewählten Versicherungsschutzes, leistet die Advigon nach den jeweiligen Versicherungsbedingungen.
Der beabsichtigte Umfang und Inhalt des Versicherungsschutzes wird vom Versicherungsnehmer im Antragsformular bzw. im Online-Anmeldeverfahren durch Auswahl des gewünschten Tarifs bestimmt. Der konkrete Inhalt des Versicherungsvertrages ergibt sich sodann aus dem vom Versicherer übersandten Versicherungsschein, den Versicherungsbedingungen, den tariflichen Bedingungen des gewählten Tarifs, eventuellen schriftlichen Nachträgen und weiteren gesetzlichen Vorschriften, wie insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG).
Die Leistungspflicht der Advigon nach Eintritt des Versicherungsfalls wird fällig, wenn diese dem Grunde und der Höhe nach festgestellt ist. Die Auszahlung der Erstattungssumme an den Versicherungsnehmer erfolgt binnen eines Monats. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfung des Anspruches durch die Advigon infolge eines Verschuldens der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers gehindert ist (nähere Details siehe § 11 VersVG).

Rechtsordnung:

Auf das Vertragsverhältnis findet österreichisches Recht Anwendung.

Gesamtpreis und Preisbestandteile:

Die zu entrichtende Gesamtprämie ergibt sich aus dem Umfang des vom Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes. Die jeweiligen Prämien für die Bestandteile des Versicherungsschutzes sind dem Versicherungsschein sowie den vom Versicherungsnehmer ausgefüllten Antragsunterlagen zu entnehmen. Wir empfehlen daher, auch die Antragsunterlagen, welche Ihnen mit dem Versicherungsschein per E-Mail zugesendet werden, auszudrucken und zu Ihren Unterlagen zu nehmen.
Die genannten Prämien der Krankenversicherung enthalten die gesetzliche Versicherungssteuer in Höhe von 1 Prozent.

Zusätzliche Kosten, Steuern oder Gebühren:

Grundsätzlich entstehen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren. Im Einzelfall können jedoch Mahngebühren in Höhe von 2,50 EUR, Gebühren für die Rückbuchung von Lastschriften in Höhe von 4,– EUR, eine Bearbeitungsgebühr bei Durchführung von Beitragsrückerstattungen in Höhe von 5,– EUR, eine Geschäftsgebühr in Höhe von 15,– EUR bei Rücktritt der Advigon wegen Nichtzahlung des Beitrages, sofern weitere Online-Zahlungsmethoden vorhanden sind, eine Gebühr in Höhe von 2,99 % auf den Gesamtbeitrag, zuzüglich 0,39 EUR pro Buchung, sowie über den pauschalen Erstattungsbetrag hinausgehende Telekommunikationskosten in Abhängigkeit von dem gewählten Kommunikationsweg / Provider, entstehen.

Einzelheiten der Zahlung und Erfüllung:

Die Prämie ist eine Einmalprämie. Sie kann als einmalige Beitragszahlung für die gesamte Versicherungsdauer entrichtet werden. Die Versicherungsprämie kann durch Vereinbarung auch in Raten entrichtet werden. Die Erstprämie wird mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig.
Die Folgeprämien sind jeweils monatlich zu einem vertraglich festgelegten Termin zu leisten. Näheres ist dem Versicherungsvertrag zu entnehmen.
Die Höhe der zu zahlenden Prämie sowie etwaige Beitragssprünge aufgrund Laufzeit- und/oder Altersüberschreitung, entnehmen Sie bitte dem Ihren Vertragsunterlagen beigefügten Dokument Prämienübersicht zur Krankenversicherung Care Austria© 364.
Die Zahlung der Erst- und Folgeprämien kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Überweisung oder sofern vorhanden über weitere Online-Zahlungsmethoden erfolgen. Bei Zahlung der Prämie per SEPA-Lastschriftverfahren oder sofern vorhanden, über eine Online-Zahlungsmethode, ist die Zahlung rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und kein Widerspruch des Versicherungsnehmers – bzw. sofern dieser nicht der Inhaber des genannten Kontos ist – des Kontoinhabers vorliegt.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen:

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind so lange gültig, wie sie auf der Homepage/Website von der Care Concept AG eingesehen werden können.

Beginn des Vertrages, des Versicherungsschutzes, Dauer der Bindefrist bei Antragsstellung:

Der Vertrag kommt zustande, wenn der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer eingeht und dieser den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Der Versicherungsschutz beginnt, mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, nicht jedoch vor rechtzeitiger Zahlung der geschuldeten Prämie. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Kann die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

Verbraucherinformationen
Krankenversicherung
Care Austria 364

In der Auslandskrankenversicherung beginnt der Versicherungsschutz darüber hinaus nicht vor dem Zeitpunkt der Einreise in die Republik Österreich sowie dem Ablauf vertraglich bestimmter Wartezeiten.

Die Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung entnehmen Sie bitte § 2 der beigefügten Versicherungsbedingungen. Eine Bindefrist des Antragsstellers an den Antrag ist nicht vorgesehen.

Wichtiger Hinweis gemäß § 38 Abs. 2 VersVG:

Tritt der Versicherungsfall nach Abschluss des Vertrages ein und ist die einmalige oder die erste Versicherungsprämie zu diesem Zeitpunkt noch nicht gezahlt, ist die Advigon nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Rücktrittsrecht

Bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von mindestens einem Monat können Sie vom Vertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 5c des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Bei Verträgen im Fernabsatz beginnt die Frist nach Zugang der Rechtsinformationen gemäß § 5 FernFinG inklusive der Versicherungsbedingungen und der Belehrung über das Rücktrittsrecht auf Papier oder auf einem anderen dauerhaften Datenträger. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist genügt die rechtzeitige Absendung der Rücktrittserklärung.

Der Rücktritt ist zu richten an die
Care Concept AG
Postfach 30 02 62, 53182 Bonn
Telefon:+ 49 228 97735-0
Fax: + 49 228 97735-35
E-Mail: info@care-concept.de

Rücktrittsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Rücktritts endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang der Rücktrittserklärung entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Rücktrittsfrist beginnt.
Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Rücktrittserklärung entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrages bis hin zum Zugang der Rücktrittserklärung errechnet. Die Erstattung zurück zu zahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens nach 30 Tagen nach Zugang der Rücktrittserklärung. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Rücktrittsfrist, hat der wirksame Rücktritt zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

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

Ende der Belehrung

Informationen über die Laufzeit der Versicherung:

Der Vertrag ist je nach gewählter Dauer befristet.

Ende des Vertrages, Kündigungsrecht, Geschäftsgebühr:

Der Vertrag endet mit dem Ende der Reise bzw. dem vereinbarten Versicherungsende. Der Versicherungsnehmer kann nach Ablauf der Mindestvertragsdauer das Versicherungsverhältnis jederzeit kündigen. Die Mindestvertragsdauer beim Produkt Care Austria beträgt einen Monat. Näheres entnehmen Sie bitte § 3 und § 2 Ziff. 4 Buchstabe a. der Versicherungsbedingungen. In der Auslandskrankenversicherung endet der Versicherungsschutz mit dem Ende der Reise bzw. dem vereinbarten Versicherungsende bzw. mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland, also mit Einreise bzw. Grenzüberschreitung in das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Das vereinbarte Versicherungsende ist u.a. in dem Versicherungsschein genannt. Tritt die Advigon wegen Nichtzahlung der ersten bzw. einmaligen Prämie nach § 38 Abs. 1 VersVG vom Vertrag zurück, erhebt sie eine Geschäftsgebühr in Höhe von 15,- EUR je Versicherungsvertrag gemäß § 40 VersVG.

Anwendbares Recht und Gerichtsstand:

Auf das Vertragsverhältnis findet österreichisches Recht Anwendung, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Klagen gegen die Advigon können in Vaduz erhoben werden oder an dem Ort, an dem der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat

Vertragssprache:

Maßgebliche Sprache für das Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit dem Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

Außergerichtliches Schlichtungsverfahren:

Schlichtungsversuche und Beschwerden können – wenn eine Einigung mit der Advigon nicht erzielt werden kann – an folgende Schlichtungsstelle gerichtet werden:

Liechtensteinische Schlichtungsstelle
im Finanzdienstleistungsbereich
Mitteldorf 1
Postfach 343
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@schlichtungsstelle.li
Internet: www.schlichtungsstelle.li

Beschwerdemöglichkeiten, § 130 VAG:

Beschwerden gegen die Advigon können erhoben werden bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:
FMA (Finanzmarktaufsicht Liechtenstein)
Postfach 279
Landstraße 109
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@fma-li.li

Oder

Beim Bundesminister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Stubenring 1
1010 Wien
Österreich

Zudem besteht das Recht, den Rechtsweg zu bestreiten.

Informationsblatt/Erstinformation

Name:	Care Concept AG
Anschrift:	Am Herz-Jesu-Kloster 20 D-53229 Bonn
Telefon:	+49 228 97735-0
Telefax:	+49 228 9773535
tätig als:	Versicherungsvertreter (Mehrfachagent) gemäß § 34d, Absatz 1 GewO [DE]
Handelsregister-Nr.:	HRB 8470
Ust-IdNr.:	DE813961035
Vermittlerregister:	Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V. Breite Straße 29 D-10178 Berlin Telefon: +49 180 6005850 (Festpreis 0,20 EUR/Anruf; Mobilfunkpreise max. 0,60 EUR/Anruf) www.vermittlerregister.info
IHK-Reg.-Nr.:	D-KJUH-GSQI4-87
Beteiligung:	HanseMerkur Reiseversicherung AG, Hamburg
Vorstand:	Jörg Schmidt, Dirk Günther
Aufsichtsrat:	Hans Geisberger (Vors.)
Schlichtungsstellen:	Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung Postfach 06 02 22 | D-10052 Berlin www.pkv-ombudsmann.de Versicherungsombudsmann e.V. Postfach 08 06 32 | D-10006 Berlin www.versicherungsombudsmann.de
Beratungsleistung:	Hinsichtlich der vermittelten Versicherungsprodukte bieten wir eine Beratung an.
Art und Quelle der Vergütung:	Die Vergütung der Tätigkeit erfolgt als in der Versicherungsprämie enthaltene Provision, die vom jeweiligen Versicherungsunternehmen ausgezahlt wird.

Direkte oder indirekte Beteiligungen an Versicherungsunternehmen über 10 % Beteiligung
Keine

Direkte oder indirekte Beteiligungen von Versicherungsunternehmen über 10 % Beteiligung
Über die HVP Hanse Vertriebspartner AG besitzt die HanseMerkur Holding AG indirekt mehr als 10 % der Stimmrechte und des Kapitals der Care Concept AG.

Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 9 ECG Informationen über technische Schritte

Diese Schritte führen zum Abschluss, wenn Sie im Internet buchen:

Online-Abschluss

Erst wenn Sie auf den Button „Antrag absenden“ klicken (oder im Falle der Auswahl von Kreditkarten- oder PayPal-Zahlung auf „Antrag absenden und bezahlen“ klicken und anschließend eine erfolgreiche Zahlung per Kreditkarte oder per PayPal-Account ausführen), beantragen Sie verbindlich den Abschluss des Onlinevertrages, und Ihre Daten werden erfasst und gespeichert.

Speicherung Ihrer Daten und Ihrer Angaben

Abhängig vom gewählten Produkt erhalten Sie einen Versicherungsschein per E-Mail und/oder per Post. Die Internet-Buchung mit Ihren Angaben bekommen Sie per E-Mail als PDF-Dokument für Ihre Unterlagen zugeschickt. Eine Online-Zugriffsmöglichkeit auf Ihre Daten sowie Ihre Angaben besteht nach Beitritt nicht. Sie können jedoch telefonisch oder per E-Mail Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz erhalten.

Berichtigung von Eingaben

Sie können Ihre Eingaben vor dem kostenpflichtigen Buchen prüfen und die von Ihnen gemachten Angaben jederzeit berichtigen oder ergänzen. Nachdem Sie das Antragsformular ausgefüllt und den Button „Onlinevertrag abschließen“ angeklickt haben, werden alle eingegebenen Daten nochmals zur Überprüfung auf ihre Richtigkeit dargestellt. Sollten Ihnen an dieser Stelle Eingabefehler auffallen, können Sie diese korrigieren, indem Sie auf den Button „Daten korrigieren“ klicken. Dadurch gelangen Sie zurück zum Antragsformular und können die gewünschten Änderungen vornehmen. Nach der Beantragung können Sie über das Service-Portal (http://www.care-concept.de/service/versicherung_service.htm) Änderungen vornehmen.

Datenspeicherung

Ihre Daten werden von dem Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen), vertreten durch die Care Concept AG, zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses gespeichert.

Auskunft

Sie können jederzeit mündlich oder schriftlich Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz erhalten. Ein Online-Zugriff auf Ihre Daten besteht nach Abschluss nicht.

Im Übrigen finden Sie Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte unter www.care-concept.de/datenschutz.php oder fordern Sie diese gern bei uns an.

Informationspflichten bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 9 ECG

Welche Schritte sind erforderlich, um Ihren Krankenversicherungsvertrag online abzuschließen?

Um einen Versicherungsvertrag über das von Ihnen gewünschte Produkt abzuschließen, müssen Sie zunächst über die Internetpräsenz der Care Concept AG das jeweilige Online-Antragsformular zum gewünschten Produkt ausfüllen. Nähere Informationen zum Online-Abschluss bitten wir Sie dem Merkblatt Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 9 ECG: „Informationen über technische Schritte“ zu entnehmen. Nachdem Sie den Button „Onlinevertrag abschicken“ angeklickt haben, erscheint ein Bestätigungsfenster mit den von Ihnen eingegebenen Daten. Hier können Sie Ihre Angaben auf Richtigkeit überprüfen und ggf. korrigieren. Wenn Sie Ihre Angaben überprüft haben und den Button „Antrag absenden“ anklicken, geben Sie Ihr verbindliches Angebot auf Abschluss des Auslandskrankenversicherungsvertrages ab.

Kurze Zeit später erhalten Sie per E-Mail zunächst eine Antragseingangsbestätigung. Mit dieser Bestätigung erhalten Sie ein PDF-Dokument mit den von Ihnen im Online-Antrag angegebenen Daten.

Soweit Ihr Antrag angenommen wird, erhalten Sie nach der Antragsbestätigung zeitnah eine weitere Bestätigungsmail der Care Concept AG. Diese erhält auch Ihre Versicherungsunterlagen (u.a. Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen, Behandlungsschein etc.). Mit der Übersendung dieser E-Mail nebst Unterlagen ist der Versicherungsvertrag mit dem Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen), vertreten durch die Care Concept AG, zustande gekommen.

Wird der Vertragstext nach dem Vertragsschluss von dem Unternehmer gespeichert und ist er Ihnen zugänglich?

Im Online-Antrag müssen Sie durch Anklicken des entsprechenden Kästchens erklären, dass Sie

- die Versicherungsbedingungen,
- die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Care Concept AG,
- die ausdrücklichen Erklärungen,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) und
- die Verbraucherinformationen

zur Kenntnis genommen haben und mit Ihnen einverstanden sind. Sie können die genannten Dokumente vor dem Absenden des Antrags ausdrucken und/oder als PDF-Datei herunterladen und müssen uns dies bestätigen.

Eine Kopie Ihres Online-Antrages sowie die Versicherungsunterlagen (u.a. Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen, Behandlungsschein etc.) werden Ihnen anschließend per E-Mail übersandt.
Ihr ausgefüllter Online-Antrag, die Antragseingangsbestätigung und die Bestätigungsmail mit Ihren Vertragsunterlagen werden von uns für die Geschäftsabwicklung unter Einhaltung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert.

Kann ich vor dem Absenden meines verbindlichen Versicherungsantrages Eingabefehler erkennen und korrigieren?

Ja. Nähere Informationen zum Online-Abschluss bitten wir Sie dem Merkblatt Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 9 ECG: „Informationen über technische Schritte“ zu entnehmen.

In welchen Sprachen können Sie den Versicherungsvertrag abschließen?

Die verbindliche Sprache für den Vertragsabschluss ist deutsch. Soweit Ihnen bei Stellung des Online-Antrags bzw. bei Vertragsabschluss weitere Unterlagen in einer anderen als der deutschen Sprache zur Verfügung gestellt werden, geschieht dies ausschließlich als unverbindliche Serviceleistung. Verbindlich ist ausschließlich der Inhalt der deutschsprachigen Version des Online-Antrags sowie der weiteren Dokumente (z.B. Versicherungsbedingungen, Informationen zum Fernabsatzgesetz, Ausdrückliche Erklärungen, IPID, Verbraucherinformationen, Versicherungsschein).

Hat sich die Care Concept AG Verhaltenskodizes unterworfen? Sind diese abrufbar über die Unternehmenshomepage?

Grundlage unseres Handelns und Verhaltens ist die Compliance-Richtlinie der Care Concept AG.
Die Compliance-Richtlinie der Care Concept AG ist abrufbar unter www.care-concept.de.

Auskunft

Im Übrigen finden Sie Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte unter www.care-concept.de/datenschutz.php oder fordern Sie diese gern bei uns an.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Datenschutz ist und ein wichtiges Anliegen. Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (u.a. DSGVO, DSG 2018, VersVG, TKG 2003).

I.S.d. Art. 13 f DSGVO erteilen wir Ihnen nachstehende Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten und über Ihre damit im Zusammenhang stehenden Rechte.

Verantwortlicher:

Firma:	Care Concept AG
Handelsreg.-Nr.:	HRB 8470
Anschrift:	Am Herz-Jesu-Kloster 20
	D-53229 Bonn
Telefon:	+49 228 97735 - 0
Telefax:	+49 228 97735 - 35
E-Mail:	info@care-concept.de
Vorstand:	Jörg Schmidt, Dirk Günther

Datenschutzbeauftragter des Verantwortlichen ist: Thomas Prigge.
Sie erreichen diesen unter oben angeführter Anschrift oder per E-Mail an: datenschutz@care-concept.de

Datenkategorien:

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind.

Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten inklusive Kontaktdaten/Personaldaten). Weiters werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

Bei einem Versicherungsfall speichert der Versicherer Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten), Dokumentationsdaten (behördliche Protokolle, Gutachten, Urteile).

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des vom Versicherer zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO.

Einwilligungen und Schweigepflichtentbindung:

Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i.V.m. Art. 7 DSGVO ein.

Hierfür stellen wir Ihnen hier vorab die Erklärung als Muster (auch abrufbar unter http://www.care-concept.de/krankenversicherung/avb_ausdrueckliche_erklaerungen_2018.pdf) zur Verfügung. Sie haben jederzeit das Recht, eine erteilte Einwilligung zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten zu widerrufen. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass dann die Leistungspflicht aus dem Versicherungsfall evtl. nicht geprüft werden kann. Der Widerruf der Einwilligung berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht.

Für die Abfrage von Gesundheitsdaten von Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für alle Stellen, die der Schweigepflicht unterliegen, jedoch Angaben zur Prüfung der Leistungspflicht machen müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch uns einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an uns bzw. den Versicherer einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für Produkte anderer Versicherungsdienstleister sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, unternehmens- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Empfängerkategorien:

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir auch bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten gemäß § 11c Abs. 1 Z 2 VersVG an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Versicherungsvermittler:

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Schadens- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen.

Externe Dienstleister:

Wir arbeiten zur Erfüllung unserer gesetzlichen und vertraglichen Pflichten wir mit externen Dienstleistern (Auftragsverarbeitern) zusammen und übermitteln an diese Ihre personenbezogenen Daten im für die Leistungserbringung erforderlichen Umfang. Zu unseren Auftragsverarbeitern zählen insbesondere IT-Dienstleister, Dienstleister im Rahmen der Kundenbetreuung, Auslands-Assistance, Vertragsverwaltung und Schadensabwicklung, Eine Übersicht der

externen Dienstleister finden Sie unter http://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/dienstleisteruebersicht.php und stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit vollständigen Kontaktdaten zur Verfügung.

Weitere Empfänger können einzelfallbezogen sein: Gerichte und Behörden (wie Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Strafverfolgungsbehörden), Rechtsanwälte, Ärzte, Psychologen, Wirtschaftsauskunfteien, Inkasso-Unternehmen, Datenübermittlungen innerhalb der Unternehmensgruppe (zentrale Kundendatenverwaltung).

Eine Übersicht der Empfänger finden Sie unter http://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/datenschutz.php

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Nähere Informationen dazu erhalten Sie in der Übersicht der Empfänger unter http://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/datenschutz.php. Eine Kopie der geeigneten Garantien übermitteln wir Ihnen gerne auf Anfrage.

Dauer der Datenspeicherung:

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem UGB, der BAO, dem FM-GwG (Geldwäscheprävention) und § 12 VersVG. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen:

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheidet der Versicherer vollautomatisiert über die Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf verbindlichen Entgeltregelungen für Heilbehandlungen. Ihnen steht das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung zu.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten sowie ein Recht auf Berichtigung, Datenübertragbarkeit, Einschränkung der Bearbeitung sowie Löschung (soweit keine Aufbewahrungspflicht besteht).

Insoweit sich Änderungen Ihrer persönlichen Daten ergeben, ersuchen wir um entsprechende Mitteilung.

Widerspruchsrecht: Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung jederzeit zu widersprechen.
Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Sie haben jederzeit das Recht, eine erteilte Einwilligung zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht.

Ihre Ersuchen auf Auskunft, Löschung, Berichtigung, Widerspruch und/oder Datenübertragung, im letztgenannten Fall, sofern damit nicht ein unverhältnismäßiger Aufwand verursacht wird, richten Sie bitte an die in Punkt 1. angeführte Anschrift der Verantwortlichen per Post oder per E-Mail an datenschutz@care-concept.de.

Wenn Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns gegen das geltende Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche in einer anderen Weise verletzt worden sind, besteht die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. In Österreich zuständig ist hierfür die Datenschutzbehörde (Wickenburggasse 8-10, 1080 Wien, E-Mail: dsb@dsb.gv.at).

Kurztitel: Versicherungsvertragsgesetz
Abkürzung VersVG

§ 5

(1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheines vom Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monates nach Empfang des Versicherungsscheines in geschriebener Form widerspricht.

(2) Diese Genehmigung ist jedoch nur dann anzunehmen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer bei Übermittlung des Versicherungsscheins darauf hingewiesen hat, dass Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monates nach Empfang des Versicherungsscheins in geschriebener Form widerspricht. Der Hinweis hat durch besondere Mitteilung in geschriebener Form oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorzuheben ist, zu geschehen; auf die einzelnen Abweichungen ist besonders aufmerksam zu machen.

(3) Hat der Versicherer den Vorschriften des Abs. 2 nicht entsprochen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich und der Inhalt des Versicherungsantrages insoweit als vereinbart anzusehen.

(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.

§ 5c

(1) Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen, bei Lebensversicherungen innerhalb von 30 Tagen, ohne Angabe von Gründen zurücktreten.

(2) Die Frist für die Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag, an dem der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist und der Versicherungsnehmer darüber informiert worden ist, jedoch nicht bevor der Versicherungsnehmer folgende Informationen erhalten hat:

1. den Versicherungsschein (§ 3),
2. die Versicherungsbedingungen,
3. die Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie sowie
4. eine Belehrung über das Rücktrittsrecht (Abs. 3).

(3) Die nach Abs. 2 Z 4 zu erteilende Rücktrittsbelehrung muss enthalten:

1. Informationen über die Rücktrittsfrist und deren Beginn,
2. die Anschrift des Adressaten der Rücktrittserklärung,
3. einen Hinweis auf die Regelungen der Abs. 4 bis 6.

Die Rücktrittsbelehrung genügt jedenfalls diesen Anforderungen, wenn das Muster gemäß Anlage A verwendet wird.

(4) Der Rücktritt ist in geschriebener Form gegenüber dem Versicherer zu erklären. § 45 Abs. 1 Z 2 bleibt unberührt. Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgesendet wird.

(5) Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

(6) Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm die der Dauer der Deckung entsprechende Prämie.

(7) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für Versicherungsverträge über Großrisiken gemäß § 5 Z 34 VAG 2016.

§ 6

(1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monates, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monates nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 7

Ist die Dauer der Versicherung nach Tagen, Wochen, Monaten oder nach einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum bestimmt, so beginnt die Haftung des Versicherers am Mittag des Tages, an welchem der Vertrag abgeschlossen wird. Sie endet am Mittag des letzten Tages der Frist.

§ 8

(1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstreckt.

(2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Kündigungsfrist muß für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kündigungsrecht können die Parteien einverständlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum

Ersatz von Vorteilen, besonders Prämiennachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrags gewährt worden sind, bleibt unberührt.

§ 9

Als Versicherungsperiode im Sinne dieses Bundesgesetzes gilt, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres.

§ 10

(1) Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so sind bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Vorschriften des Abs. 1 entsprechend anzuwenden.

§ 11

(1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

(2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monates seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

(3) Der Lauf der Frist des Abs. 2 ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 11a

(1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verarbeiten, soweit dies

1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder

2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder

3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerläßlich ist. Das Verbot der Verarbeitung von Daten aus genetischen Analysen gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

(2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder

2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder

3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen (Art. 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 4. 5. 2016 S. 1, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 314 vom 22. 11. 2016 S. 72) oder

4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene seine Einwilligung zu der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form gegeben hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einwilligung im Einzelfall (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Einwilligung sowie die Verweigerung der Einwilligung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Einwilligung belehrte; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat;

oder

5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 der Verordnung (EU) 2016/679 zu. (Anm.: Abs. 3 bis 5 aufgehoben durch BGBl. I Nr. 34/2012)

§ 11b

(1) Soweit in der Krankheitskostenversicherung Leistungen direkt zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister (§ 11a Abs. 2 Z 4) verrechnet werden sollen, bedarf dies eines Auftrags des betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten. Der Arzt oder der Träger der Einrichtung, dessen oder deren Leistung abgerechnet werden soll, hat den Betroffenen vor Erteilung des Auftrags zur Direktverrechnung darüber zu informieren, dass die in Abs. 2 genannten Daten für Zwecke der Direktverrechnung an den Versicherer zu übermitteln sind. Dabei ist er auch darüber zu belehren, dass er diese Datenübermittlung jederzeit untersagen kann, was zur Folge haben könnte, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und er für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleibt, die sonst gedeckt wären.

(2) Erteilt der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte nach Belehrung (Abs. 1) einen Auftrag zur Direktverrechnung, so darf der Versicherer für Zwecke der Direktverrechnung folgende personenbezogene Gesundheitsdaten des Betroffenen ohne dessen ausdrückliche Einwilligung durch Auskünfte des Gesundheitsdienstleisters ermitteln:

1. zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);

2. zwecks Abrechung und Überprüfung der Leistungen

a. Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;

b. Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;

c. Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.

(3) Über das Recht, die Datenermittlung nach Abs. 2 jederzeit zu untersagen, ist der Versicherungsnehmer bereits bei Abschluss des Versicherungsvertrags zu belehren. Die Belehrung ist besonders hervorzuheben.

§ 11c

(1) Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Einwilligung des Betroffenen nach § 11a Abs. 2 Z 3 nicht vorliegt, dürfen Versicherer Gesundheitsdaten für die in § 11a Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln:

1. Gesundheitsdienstleister (§ 11a Abs. 2 Z 4),

2. Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer,

3. andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken,

4. vom Versicherer herangezogene befugte Sachverständige,

5. gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen,

6. Gerichte, Staatsanwaltschaften, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe, einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

(2) Der Versicherer hat auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person in die Auskunftserteilung oder Einsichtgewährung einwilligt. Auf Verlangen sind den auskunftsberechtigten Personen gegen Aufwandersatz auch Abschriften dieser Gutachten zur Verfügung zu stellen.

§ 11d

Nach den §§ 11a und 11b erhobene Gesundheitsdaten unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 321 VAG 2016 mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle der §§ 11a und 11c ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrags erhoben wurden.

§ 12

(1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 16

(1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluß des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 38

(1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monates nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monates nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 40

Wird der Versicherungsvertrag während der Versicherungsperiode oder sonst vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer die Prämie nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit, soweit nicht Sonderbestimmungen anderes vorsehen. Die Möglichkeit für den Versicherer, sich für diesen Fall die Zahlung einer angemessenen Konventionalstrafe (Geschäftsgebühr) auszubedingen (§ 1336 ABGB), bleibt unberührt.

§ 178f

(1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluß einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,

2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,

3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,

4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,

5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und

6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, daß eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

(3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

(4) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

Ausdrückliche Erklärungen
Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten Und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Datenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften (insb. EU-DSGVO) enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen – im Folgenden „der Versicherer“ genannt) sowie wir als dessen Partner, die Care Concept AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere geschützte Daten bei schweigepflichtigen Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein bzw. die evtl. Leistung evtl. nicht fällig werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen geschützten Daten
- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn ein 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 den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept 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 Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten und sonstige geschützte Daten bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. bei Eintritt des Versicherungsfalls im dafür erforderlichen Umfang mit den von mir im Antrag benannten früheren Versicherern bzw. mit ihren eigenen Datenbeständen abgleichen dürfen um meine Angaben überprüfen und im Bedarfsfall ergänzen zu können.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann u.a. per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten sind dem Merkblatt über die Datenverarbeitung zu entnehmen.

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 der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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 sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- *in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, einwillige oder*
- *die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.*

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht sowie zu einer fehlenden Fälligkeit der evtl. Leistung führen kann.
Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann u.a. per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten sind dem Merkblatt über die Datenverarbeitung zu entnehmen.

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 den Versicherer sowie dessen Partner, Care Concept AG, 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 zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, verpflichten die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur 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. Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept 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 den Versicherer und die Care Concept AG zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.
Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann u.a. per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten sind dem Merkblatt über die Datenverarbeitung zu entnehmen.

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

Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, führen bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogener Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre geschützten Daten weitergegeben, benötigen der Versicherer und die Care Concept AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, – meine Gesundheitsdaten an die unter dem nachfolgenden

Link: https://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/dienstleisteruebersicht.php

genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer und die Care Concept AG dies tun dürfen. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter der genannten Unternehmen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

Die vorstehende Liste erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben haben können. Eine aktuelle Liste kann schriftlich angefordert werden.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann u.a. per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten sind dem Merkblatt über die Datenverarbeitung zu entnehmen.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können der Versicherer und deren Partner, Care Concept AG, 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 der Versicherer bzw. die Care Concept AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag den Rückversicherungen 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 Rückversicherungen den Versicherer bzw. die Care Concept AG aufgrund ihrer besonderen

Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer und deren Partner, die Care Concept AG, das Risiko bzw. den Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit die 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 durch den Versicherer bzw. die Care Concept AG 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 den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann u.a. per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten sind dem Merkblatt über die Datenverarbeitung zu entnehmen.

3.4 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbst- ständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder 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 der Versicherer sowie dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten und sonstige geschützte 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.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann u.a. per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten sind dem Merkblatt über die Datenverarbeitung zu entnehmen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten bei Nichtzustandekommen des Vertrages

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern der Versicherer und die Care Concept AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten z.B. für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen oder um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und dessen Partner, der Care Concept AG, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept 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 speichern und nutzen.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann u.a. per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten sind dem Merkblatt über die Datenverarbeitung zu entnehmen.

5. Weitere Erklärungen, Einwilligungen und Datenschutzhinweise

Empfangsberechtigung bezüglich der Versicherungsleistungen

Der Versicherungsnehmer ermächtigt den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die Leistungen aus diesem Vertrag gegebenenfalls auch mit der versicherten Person oder Behandlern etc. direkt abzurechnen.

Zustimmung betreffs werblicher Maßnahmen

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar kann ich daher durch Auswahl einer entsprechenden Option darin einwilligen, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.
(Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Das Merkblatt finden Sie unten. Ich kann weiteren Werbemaßnahmen schriftlich oder telefonisch widersprechen. Nach Ablauf einer technisch/organisatorisch notwendigen Umsetzungsfrist wird diesem Wunsch entsprochen.

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten Und Schweigepflichtentbindungserklärung

Schriftverkehr

Sie sind damit einverstanden, dass wir bzw. unsere Vertriebspartner Ihnen Unterlagen in einer lediglich transportverschlüsselten E-Mail zuschicken. Es erfolgt keine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Die E-Mail-Adresse haben Sie uns hierzu mitgeteilt. Unterlagen können zum Beispiel Dokumente zu einem Angebot oder Antrag sein. Wir dürfen Ihnen Inhalte und Dateien lediglich transportverschlüsselt zuzusenden. Es können Gesundheitsdaten oder andere geschützte Daten betroffen sein, wenn Sie uns oder unseren Vertriebspartner und die jeweiligen Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbunden haben.

Damit gehen Risiken einher. Über diese sind Sie vorher mündlich oder telefonisch aufgeklärt worden. Besonders darüber, dass diese E-Mail nur auf dem Transportweg verschlüsselt wird. Sie kann unter Umständen beim Absender oder Empfänger abgefangen werden. Jeder der diese E-Mail abfängt, kann sie problemlos lesen. Dies gilt auch für Ihre Gesundheitsdaten oder Bankverbindungsdaten im Antrag oder Angebot. Anhänge, Inhalte und Absenderadressen könnten durch Dritte unbemerkt verändert werden. Deswegen kann für die Richtigkeit einer E-Mail nicht garantiert werden. Wenn sich Ihre E-Mail-Adresse ändert, teilen Sie uns dies unverzüglich mit.

Die Abwicklung der Beantragung, Übermittlung aller im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss erforderlichen Informationen sowie die übrige Korrespondenz zu Ihrer Versicherungsnummer erfolgt per E-Mail zum Teil automatisiert. Sie haben deshalb dafür Sorge zu tragen, dass die von Ihnen bei uns hinterlegte E-Mail-Adresse zutreffend ist, der Empfang der E-Mails technisch sichergestellt ist und insbesondere nicht durch Spam-Filter verhindert wird.

Diese Einwilligung und die Entbindung von der Schweigepflicht können Sie zu jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen: Formlos, ganz oder nur teilweise, ohne Angabe von Gründen. Wenden Sie sich dazu an uns oder unseren Vertriebspartner. Unsere Kontaktdaten erhalten Sie unter:

http://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/impressum.htm

Soweit Sie eine E-Mail erhalten, sind die Kontaktdaten in dieser angegeben. Wenn Sie widerrufen, erhalten Sie die Informationen per Post, Telefax oder E-Mail-Verschlüsselungsverfahren.

Hinweise zur Versicherungsfähigkeit

- Für die Tarife Care College und Care Au-Pair:

Ich habe vor, wieder in mein Heimatland zurückzukehren, bzw. ich besitze nur eine befristete Aufenthaltserlaubnis.

- Für den Tarif Care College:

Der Hauptgrund meines Aufenthaltes ist die Aus- und Weiterbildung, bzw. es handelt sich um ein "working holiday" oder "work & travel" Programm.

- Für den Tarif Care Visa Protect:

Der Vertragsabschluss erfolgt im Zusammenhang mit einer Visumerteilung.

- Für den Tarif Care Science:

Ich bin chinesischer Stipendiat.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Ich erkläre, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, von dem Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

Einwilligung im Falle eines Au-Pair Aufenthaltes

Übt die versicherte Person aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-Pair aus, und beendet der Versicherungsnehmer während dieser Zeit den ursprünglichen Vertrag, so übernimmt entweder die versicherte Person selbst als künftiger Versicherungsnehmer den Vertrag oder benennt einen zukünftigen Versicherungsnehmer zur Fortführung des Vertrages unter den Voraussetzungen des Teil B II. Ziff. 4 der dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Bedingungen.

Für den Fall, dass das Au-Pair während des versicherten Zeitraumes die Republik Österreich verlässt, wird auf § 2 Ziff. 6 sowie § 6 Ziff. 3 der Bedingungen verwiesen.