

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versichert sind die in einem gesondert geführten Verzeichnis namentlich genannten, versicherungsfähigen Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Personen, die sich im weltweiten Ausland aufhalten; nicht als Ausland in diesem Sinne gelten diejenigen Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt und/oder in der sie einen ständigen Wohnsitz unterhält (Heimatländer); das Land der Staatsangehörigkeit gilt dann als Ausland, wenn der Hauptwohnsitz bereits seit mindestens 5 Jahren in einem anderen Land als dem der Staatsangehörigkeit besteht.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
 - a. bei Beginn des Versicherungsschutzes, bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussmitgliedschaft) das 66. Lebensjahr (66. Geburtstag) vollendet haben;
 - b. im Aufenthaltsland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen;
 - c. Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihrer Reise eine körperliche Tätigkeit in einem der in Anlage 1 aufgelisteten Berufe bzw. eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Bedingungen;
 - d. illegal eingereist sind oder sich illegal im Aufenthaltsland aufhalten;
 - e. dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
 - f. sich dauerhaft im Ausland aufhalten.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages, Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag, Kindernachversicherung

1. Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen dem Versicherungsnehmer und der Advigon Versicherung AG (nachfolgend „Versicherer“ genannt) geschlossen.
2. Der Gruppenversicherungsvertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer wird nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis des Fortsetzungsangebotes abzugeben.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in die Gruppenversicherung ist vor deren Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb eines Jahres nach Einreise in das Zielland der Auslandsreise zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen.
5. Die Mitgliedschaft der versicherten Personen in der Gruppenversicherung muss für die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Personen beantragt werden.
6. Die Aufnahme der versicherten Person in die Gruppenversicherung erfolgt durch ausdrückliche Annahme durch den zuständigen Versicherer zum beantragten Zeitpunkt, sofern
 - a. die Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Vordruck (Meldeliste) bzw. in dem hierfür vorgesehenen geschützten Onlinebereich beantragt wird;
 - b. der Vordruck bzw. Online-Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer eingeht und die Erst- oder Einmalprämie bezahlt ist. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck bzw. Online-Antrag nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag sowie über die zu versichernden Personen enthält.
7. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann für den weiteren, ursprünglich nicht versicherten Auslandsaufenthalt, die weitere Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag in Form einer rechtlich eigenständigen Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
 - a. Der Antrag auf Verlängerungsmitgliedschaft muss auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formblatt bzw. in dem hierfür vorgesehenen geschützten Onlinebereich erfolgen;
 - b. Der Antrag auf Verlängerungsmitgliedschaft muss vor Ablauf der ursprünglich vereinbarten Mitgliedsdauer bei dem Versicherer eingereicht werden;
 - c. Die vorgesehene Höchstversicherungsdauer wird durch den Zeitraum der Verlängerungsmitgliedschaft nicht überschritten;
 - d. Der Versicherer muss dem Antrag bezüglich der Verlängerungsmitgliedschaft ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers – zur Verfügung.
8. Bei Verlängerung des ursprünglichen Versicherungsschutzes durch eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft innerhalb der Höchstmitgliedsdauer besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden und deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels bzw. bei Eingang auf dem Server des Versicherers bzw. der Care Concept AG) neu eingetreten sind. Die §§ 6 Ziff. 2 und 9 Ziff. 1. a. und j. gelten entsprechend. Zusätzlich sind die besonderen Wartezeiten gemäß § 8 II. Ziff. 3 zu beachten.
9. Soweit nicht anders vereinbart, entsprechen die rechtlichen Wirkungen der eigenständigen Anschlussmitgliedschaft denen der Erstmitgliedschaft.
10. Kindernachversicherung: Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten mit dem Tag der Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist.
 - a. Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass
 - aa. Versicherungsschutz im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages für wenigstens ein Elternteil am Tag der Geburt für mindestens drei Monate ununterbrochen bestanden hat;
 - bb. der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und umfassender ist, als der des versicherten Elternteils;
 - cc. kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
 - b. Die Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine erhöhte Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zu 100 % auf die Tarifprämie möglich.
 - c. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als zwei Monate nach der Geburt oder wird ein Versicherungsschutz beantragt, der höher oder umfassender ist, 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 unter Ziff. 1 bis 9 entsprechend.
 - d. 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.
11. Gruppenvertragsmitglieder können sich und/oder Mitversicherte mit einer Frist von drei Monaten in Textform (Mail, Fax, Post) von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag abmelden. Die Abmeldung durch das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages wird nur wirksam, wenn die von der Abmeldung betroffenen mitversicherten Personen von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist.

§ 3 Kündigung

1. Ordentliche Kündigung
Der Gruppenversicherungsvertrag kann durch den Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer wird nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen Care Discover bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 Care Discover (CKV CD-G2018)



das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat. Wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, so sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis des Fortsetzungsangebotes abzugeben. Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

2. Außerordentliche Kündigung

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

§ 4 Prämie/Beitrag

- Die Prämie für diese Versicherung wird von dem Versicherungsnehmer an den Versicherer gezahlt. Das Gruppenvertragsmitglied ist verpflichtet, den sich ergebenden Beitrag zur Gruppenversicherung an den Versicherungsnehmer oder an einen vom Versicherungsnehmer benannten Empfänger (z.B. Inkassostelle) zu entrichten. Das Nichtbezahlen der Prämie des Gruppenversicherungsbeitrages führt im gesetzlichen Rahmen zum Verlust des Versicherungsschutzes.
- Einzelheiten zur Prämien-/Beitragszahlung
 - Die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie bzw. des Erst- oder Folgebeitrages kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Überweisung, per Kreditkartenzahlung oder per PayPal erfolgen.
 - Wird die Prämie bzw. der Mitgliedsbeitrag bezüglich des Gruppenversicherungsvertrages vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bank- oder Kreditkartenkonto abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder der Versicherungsnehmer, noch – im Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist – der Versicherungsnehmer und/oder Kontoinhaber dem Zahlungsabwurf widerspricht bzw. widersprechen. Konnte die Prämie bzw. der Mitgliedsbeitrag bezüglich des Gruppenversicherungsvertrages ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) erfolgt.

§ 5 Recht zur Prämienanpassung

- Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Leistungen, ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 v. H., so können die Prämien vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, einheitlich im gesamten Gruppenvertrag angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert sowie tariflich vorgesehene Leistungshöchstbeträge und Tagegelder erhöht werden.
- Die Anpassungen nach Ziff. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- 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. Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer wird nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat. Wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, so sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte zu den Bedingungen der

Einzelversicherung fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis des Fortsetzungsangebotes abzugeben.

§ 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

1. Geltungsbereich

- Der Versicherer bietet im Rahmen dieses Vertrages Personen, die sich während einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gelten alle Staaten und Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person nicht besitzt und/oder in denen sie keinen ständigen Wohnsitz hat bzw. bereits seit länger als 5 Jahren keinen Hauptwohnsitz mehr hat.
- 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 Wohnsitz hat und in das sie zurückzukehren gewillt ist und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
- Abweichend von b. besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person Versicherungsschutz: - Bei Versicherungsperioden von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal sechs Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller Verlängerungen des ursprünglichen Versicherungsschutzes durch mindestens eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft.

2. Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Meldeliste bzw. im Onlineformular bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch

- nicht vor Erhalt der Versicherungsbestätigung,
 - nicht vor Überschreitung der Grenze ins Ausland;
 - nicht vor Zahlung der Prämie/des Mitgliedbeitrages;
 - nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten;
- je nachdem, welches Ereignis zuletzt eintritt.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, beginnt der Versicherungsschutz auch nicht durch Zahlung der Prämie. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers – zur Verfügung.

3. Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle

- zum vereinbarten Zeitpunkt;
- spätestens mit Beendigung der Auslandsreise;
- wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen;
- wenn mindestens eine der Voraussetzungen gemäß § 1 für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt. Die Voraussetzung entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat;
- zum Zeitpunkt der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
- zum Zeitpunkt der Beendigung der Gruppenvertragsmitgliedschaft.

4. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs

- bei Mitgliedsdauern von bis zu sechs Monaten, einschließlich aller Verlängerungen des ursprünglichen Versicherungsschutzes durch mindestens einen eigenständigen Anschlussvertrag, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, max. für die Dauer von einem Monat weiter,

Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen Care Discover bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 Care Discover (CKV CD-G2018)



- b. bei Mitgliedsdauern von über sechs Monaten, einschließlich aller Verlängerungen des ursprünglichen Versicherungsschutzes durch mindestens eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von drei Monaten weiter.

§ 7 Mindest- und Höchstversicherungsdauer/Mitgliedsdauer im Gruppenversicherungsvertrag

1. Die Mindestversicherungsdauer/Minstdauer der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag beträgt einen Monat.
2. Die Höchstversicherungsdauer/Höchstdauer der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag beträgt, einschließlich aller ggf. erfolgten Verlängerungen des Versicherungsschutzes durch eigenständige Anschlussverträge, drei Jahre.

§ 8 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

I. Allgemeines

1. Der Versicherer leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für akut auf der Reise im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 8 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. ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen und Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) bei dem Versicherer oder Care Concept AG noch nicht bestanden hat;
 - b. die Entbindung;
 - c. der Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenvertrag, der Mitgliedsbescheinigung, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Bestimmungen des jeweils vereinbarten Tarifs, sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
4. Im Aufenthaltsland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten frei. Im vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des behandelnden Arztes/Zahnarztes erstattet, soweit dieser sie nach der im Aufenthaltsland jeweils gültigen amtlichen/gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann. Falls im Aufenthaltsland zum Zeitpunkt der Behandlung keine amtliche/gesetzliche Gebührenordnung gilt, werden die Heilbehandlungskosten nach den zum Zeitpunkt der Behandlung im Aufenthaltsland ortsüblichen Gebühr erstattet.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behältern 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 dgl.
6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt sind, 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. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch ihre 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 beginnt mit dem in der Meldeliste bzw. im Onlineformular bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch
 - a. nicht vor Erhalt der Versicherungs-/Mitgliedsbestätigung;
 - b. nicht vor Überschreitung der Grenze ins Ausland.Sie entfällt,
 - a. wenn die versicherte Person eine Einreise im versicherten Aufenthaltsland innerhalb von 31 Tagen vor Anmeldung nachweist bzw. die Anmeldung vor Antritt der Auslandsreise erfolgte. Maßgebend ist der Eingang der Meldeliste bzw. der Online-Anmeldung bei dem Versicherer bzw. Care Concept AG;
 - b. bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.
2. Eine seit Ausreise ins Ausland lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehende Vorversicherung kann auf die allgemeine Wartezeit angerechnet werden. Die Leistungseinschränkungen gemäß § 9 gelten uneingeschränkt weiter.
3. Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen acht Monate. Sie rechnet bei erstmaliger Beantragung des Versicherungsschutzes vom Zeitpunkt der Antragstellung an. Bei Beantragung einer Verlängerung des Versicherungsschutzes durch eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) vom Zeitpunkt des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes an. Soweit Erstvertrag und Anschlussvertrag bzw. mehrere Anschlussverträge zeitlich unmittelbar aufeinander folgen, erfolgt eine Anrechnung der aus den oder dem jeweiligen Vorvertrag resultierenden Wartezeit. Die besondere Wartezeit für Zahnersatz beträgt acht Monate. Sie rechnet bei erstmaliger Beantragung des Versicherungsschutzes vom Zeitpunkt der Antragstellung an. Bei Beantragung einer rechtlich eigenständigen Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) vom Zeitpunkt des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes an. Soweit Erstmitgliedschaft und Anschlussmitgliedschaft bzw. mehrere rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaften (Verlängerungsmitgliedschaften) zeitlich unmittelbar aufeinander folgen, erfolgt eine Anrechnung der aus den oder dem jeweiligen Vorvertrag resultierenden Wartezeit.

III. Heilbehandlungskosten

Soweit nicht anderes vereinbart, gilt:

1. Der Versicherer erstattet – abzüglich einer gegebenenfalls vereinbarten Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die entstandenen Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung. In Anlehnung an § 8 I. Ziff. 2 wird die Selbstbeteiligung für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie für Entbindungen fällig. Die Höhe der ggf. vereinbarten Selbstbeteiligung ergibt sich aus dem gewählten Tarif. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a. ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen, sofern die Schwangerschaft bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes in Form einer rechtlich eigenständigen Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) bei dem Versicherer oder Care Concept AG noch nicht bestanden hat,
 - b. ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft

bei Eingang des Antrages auf Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes in Form einer rechtlich eigenständigen Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand,

- c. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel,
- d. ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen,
- e. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen,
- f. ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen,
- g. Röntgendiagnostik,
- h. unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung),
- i. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück,
- j. unaufschiebbare Operationen,
- k. Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit,
- l. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.

2. Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet – abzüglich einer gegebenenfalls vereinbarten Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die während der Reise entstandenen Kosten für:

- a. schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung);
- b. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen). Insgesamt erstattet der Versicherer für die genannten Zahnbehandlungskosten bei Mitgliedsdauern,
 - aa. von bis zu sechs Monaten einschließlich aller Verlängerungen der Gesamtversicherungsdauer durch mindestens eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) einen Betrag von maximal 300,- EUR,
 - bb. von über sechs Monaten einschließlich aller Verlängerungen der Gesamtversicherungsdauer durch mindestens eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) einen Betrag von maximal 600,- EUR pro Versicherungsjahr und versicherter Person.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet vom Beginn der ersten Anmeldung an. Bei Verlängerungen der Gesamtversicherungsdauer durch mindestens eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) über die Dauer von 6 Monaten hinaus, können die höheren Leistungen nur für Versicherungsfälle gezahlt werden, die nach Eingang der Verlängerung neu eingetreten sind.

IV. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

1. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 55.000,- EUR,
2. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 55.000,- EUR,
3. die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten medizinisch sinnvollen Rücktransports in das Heimatland.

§ 9 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht:
 - a. Für die bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Eingang des Antrags auf eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) bei dem Versicherer oder Care Concept AG bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen, sowie die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn bzw. vor Eingang des Verlängerungsantrages bei dem Versicherer oder Care Concept AG behandelt worden sind. Abweichend hiervon besteht Leistungspflicht für Behandlungen zur Beseitigung lebensbedrohlicher Zustände, die akut während der Auslandsreise aufgetreten sind. Als lebensbedrohlich gelten

dabei gesundheitliche Zustände, die nach allgemeiner Lebenserfahrung (z.B. Herzinfarkt) oder aufgrund der Feststellung eines den Zustand nicht unmittelbar behandelnden dritten Arztes (z.B. Vertrauensarzt des zuständigen Versicherers) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zum Ableben der erkrankten Person führen können;

- b. Für 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;
 - c. Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (für eine Anschlussheilbehandlung gilt § 8 I. Ziff. 6);
 - d. Für Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren;
 - e. Für ambulante Heilbehandlungen 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;
 - f. Für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g. Für Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder einer Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h. Für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - i. Für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - j. Für bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) bei dem Versicherer oder Care Concept AG bestehende Schwangerschaft und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch eine rechtlich eigenständige Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) bei dem Versicherer oder Care Concept AG die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte;
 - k. Für Immunisierungsmaßnahmen;
 - l. Für Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden;
 - m. Für Behandlungen wegen Sterilität, einschl. künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - n. Für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - o. Für Vorsorgeuntersuchungen;
 - p. Für Zahnersatz, Stützprothesen, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
 - q. Für Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen,
 - r. Für Organspenden und Folgen.
2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
 - a. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
 3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
 4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet
 - a. Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind von der versicherten Person vor Reiseantritt anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen;

- b. Die Annahme der Staatsbürgerschaft des Reiselandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung bzw. die Versagung der Aufenthaltserlaubnis für das Reiseland sowie die ständige Wohnsitznahme im Reiseland sind dem Versicherer umgehend in Textform anzuzeigen.
2. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
- a. den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
 - b. den Schaden dem Versicherer unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, unter Einreichung sämtlicher relevanter Unterlagen anzuzeigen;
 - c. dem Versicherer 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;
 - e. dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn der Versicherer den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt;
 - f. Weitere Obliegenheiten sind in Zusammenhang mit dem § 15 Ziff. 2 geregelt. Die näheren Einzelheiten bitten wir dieser Bestimmung zu entnehmen.
 - g. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen
 - h. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
3. Folgen von Obliegenheitsverletzung
Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 11 Voraussetzungen zur Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Die Originalrechnungen sind bei der
Care Concept AG
Postfach 30 02 62
53182 Bonn
einzureichen.
2. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, 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 nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
 - b. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
 - c. eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
 - d. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende einer Auslandsreise bzw. eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union oder den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens;
 - e. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland;
 - f. auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziff. 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im Reiseland;

- g. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland.

§ 12 Fälligkeit der Versicherungsleistung; Auszahlung

1. Sobald der Nachweis über die Zahlung der Versicherungsprämie/des Mitgliedbeitrages und die vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person beizubringenden Informationen/Dokumente vorliegen und die Zahlungspflicht sowie die Höhe der Entschädigung festgestellt wurde, erfolgt eine Auszahlung spätestens innerhalb von zwei Wochen. Wurde die Zahlungspflicht festgestellt, lässt sich jedoch die Höhe der Entschädigung nicht innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadenanzeige bei uns feststellen, kann ein angemessener Vorschuss auf die Entschädigung verlangt werden. Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Verfahren gegen den Versicherungsnehmer oder eine der versicherten Personen eingeleitet worden, so kann die Regulierung des Schadens bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren aufgeschoben werden.
2. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.
3. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der Care Concept AG eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
4. Von den Leistungen können die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
5. Versicherungsnehmer bzw. mitversicherte Person sind verpflichtet, sich im Falle einer im Aufenthaltsland dem Grunde nach bestehenden gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unverzüglich um Aufnahme in die entsprechende Pflichtversicherung zu bemühen und diese Bemühungen auf Verlangen nachzuweisen. Die Fälligkeit des Anspruchs ist bis zum Eingang der geforderten Nachweise gehemmt.

§ 13 Abtretung/Verpfändung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 14 Verjährung

1. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
2. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung des Versicherers in Textform gehemmt.

§ 15 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 Vertrag 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 diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken und die Mitwirkung auf Verlangen nachzuweisen. Die Folgen der Verletzung dieser Obliegenheit bestimmen sich nach § 10 Ziff. 3.
 3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. 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.

§ 16 Aufrechnung

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

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

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

3. Ziff. 2 gilt im Falle der elektronischen Datenübermittlung (E-Mail) im Falle der Änderung der Mailadresse entsprechend für die Versendung der Mail und der systemtechnischen Zustellungsfehlermeldung.

§ 18 Übernahmegarantie

1. Im Falle der Beendigung der Gruppevertragsmitgliedschaft garantiert dem Versicherer die Übernahme der versicherten Personen in das bzw. die Fortsetzung des Versicherungsschutzes für die versicherten Personen durch das Produkt Care Economy der Firma Care Concept AG. Sollte während des Bestehens des Versicherungsschutzes das Produkt Care Economy durch ein anderes, gleichwertiges Produkt ersetzt werden, so gilt die Garantie gemäß Satz 1 auch für dieses Produkt entsprechend.
2. Durch die Übernahmegarantie wird der Geltungsbereich des Produktes Care Economy der Firma Care Concept AG bzw. des diesen ersetzenden, gleichwertigen Produktes nicht erweitert.
3. Die Übernahmegarantie gemäß Ziff. 1 entfällt, soweit der Versicherer ausschließlich aus in der Person des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person(en) liegenden Gründen (z.B. bei einer Anfechtung durch den Deckungsschutz gewährenden Versicherer) zur außerordentlichen Beendigung bzw. Anpassung des ursprünglichen Versicherungsverhältnisses berechtigt ist. Die Übernahmegarantie entfällt gemäß § 15 Ziff. 2 Satz 1 dabei unabhängig davon, ob das ursprüngliche Versicherungsverhältnis tatsächlich durch den Versicherer beendet wurde oder nicht.

§ 19 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache, Geltung für versicherte Personen

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch. Alle getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß für die mitversicherten Personen.

§ 20 Überschussbeteiligung

Die hier genannten Versicherung(en) sind nicht überschussberechtigt.

Anlage 1: Nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten gemäß § 1 Ziff. 2 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
Pyrotechniker	Alle Tätigkeiten	
Sicherheitskräfte	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur folgende Tätigkeiten sind ausgeschlossen Personenschützer Wachpersonal
Sprengmeister	Alle Tätigkeiten	
Stuntmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Surflehrer	Alle Tätigkeiten	
Tauchlehrer	Alle Tätigkeiten	
Zerleger	Ausgewählte Tätigkeiten	Tätigkeit in der Fleischzerlegung

Nr. 1 Versicherungsbedingungen

Vertragsgrundlage sind die Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 (CKV CD-G2018)

Nr. 2 Abweichende Vereinbarungen

Es werden folgende Ergänzungen bzw. Abweichungen der Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 (CKV CD-G2018) vereinbart:

Zu § 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

1. Geltungsbereich
 - a. Ausgenommen vom Geltungsbereich sind die USA. Versicherungsschutz besteht auch dann im Staatsgebiet der USA nicht, wenn es sich um das Heimatland der versicherten Person handelt.

Zu § 18 Übernahmegarantie

(entfällt)