Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG Care China Business VB-KV 2021_05 (CCB2021_05)

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind chinesische Staatsbürger, deren mitreisende Ehegatten bzw. Lebensgefährten und deren Kinder, sofern sie in einer häuslichen Gemeinschaft leben.
3. Versicherungsfähig sind Personen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres (65. Geburtstag), sofern
   a. diese sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten und
   b. bei Abschluss des Versicherungsvertrages das 65. Lebensjahr (vor dem 65. Geburtstag) noch nicht vollendet haben (Höchsteintrittsalter).
4. Versicherungsfähig sind Reisende, die sich voraussichtlich länger als 3 Monate in den Ländern der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens aufhalten.
5. 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 anschließenden neuen Versicherungsvertrages) das 65. Lebensjahr (65. Geburtstag) vollendet haben;
   b. in der Bundesrepublik Deutschland einer gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen bzw. deren Versicherungsaufnahme gegen geltendes Recht des Aufenthaltslandes verstößt;
   c. Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes eine körperliche Tätigkeit in einem der in Anlage 1 aufgelisteten Berufe bzw. eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Bedingungen;
   d. die dauernd pflegebedürftig sind sowie Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
   e. zum Zeitpunkt der Antragstellung bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, während der Dauer ihres befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland einen oder mehrere aufeinander folgende Krankenversicherungsverträge gemäß § 195 Abs. 3 VVG abgeschlossen hatten, deren Gesamtversicherungsdauer einen Zeitraum von 5 Jahren überschritten hat. Dies gilt auch dann, wenn mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherungsgesellschaften bestanden haben;
   f. sich bei Antragstellung bereits länger als 12 Monate durchgehend im Ausland aufhalten, wenn sie während dieser Zeit nicht bei einer gesetzlichen oder privaten Kranken- oder Reise-Krankenversicherung versichert waren;
   g. illegal eingereist sind bzw. sich illegal im Aufenthaltsland aufhalten.
6. Bei laufenden Verträgen endet die Versicherungsfähigkeit versicherter Personen, die sich im Rahmen eines befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, mit Erreichen einer Gesamtversicherungsdauer von 5 Jahren aller aufeinanderfolgenden Krankenversicherungsverträge im Sinne des § 195 Abs. 3 VVG, auch soweit diese bei anderen Versicherungsgesellschaften abgeschlossen wurden.
7. Die Versicherungsfähigkeit entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages, Kindernachversicherung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von dem Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer oder der Care Concept AG eingeht, auch soweit er in elektronischer Form zu stellen ist, und der Versicherer, vertreten durch die Care Concept, den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
2. Wird für den beantragten Tarif Versicherungsschutz ein Gesundheitszeugnis benötigt, ist hierfür das von dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, vorgesehene Formular zu verwenden. Sofern ein ergänzendes ärztliches Zeugnis erforderlich ist, trägt der Antragsteller die Kosten für die Untersuchung und die Erstellung des ärztlichen Zeugnisses. Der Vertrag kommt nur dadurch zustande, dass der Versicherungsnehmer eine ausdrückliche Erklärung über die Antragsannahme in Textform erhält.
3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers oder der Care Concept – zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag soll, soweit im gesetzlichen Rahmen zulässig, für die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes, maximal bis zur Höchstversicherungsdauer, abgeschlossen werden.
5. Mindest- und Höchstversicherungsdauer
   a. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 3 Monate.
   b. Für Reisen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland kann die Versicherung zunächst nur für einen Zeitraum von bis zu 60 Monaten abgeschlossen werden.
   c. Die Höchstversicherungsdauer für Reisen in die Bundesrepublik Deutschland beträgt inklusive aller Verlängerungen maximal 60 Monate.
6. Nach Erreichen der Höchstversicherungsdauer für vorübergehende Aufenthalte in der Bundesrepublik Deutschland kann ein neuer befristeter Krankenversicherungsvertrag nur abgeschlossen werden, wenn zwischen der Beendigung des vorherigen Auslandsaufenthaltes und dem neuen Auslandaufenthalt ein Zeitraum von mindestens 180 Kalendertagen besteht, in dem sich die versicherte Person nachweislich in ihrem Heimatland aufgehalten hat. Heimatland, im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.

II. Abschluss eines Anschlussvertrages

1. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes im Ausland kann für den weiteren, bisher nicht versicherten Auslandsaufenthalt ein rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag (= Verlängerungsvertrag) unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
   a. Der Antrag auf Abschluss eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages muss postalisch bzw. über die Homepage der Care Concept AG vor dem Versicherungsende des laufenden Versicherungsvertrages erfolgen.
   b. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, muss dem Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes ausdrücklich zustimmen. Der rechtlich eigenständige Anschlussvertrag kommt dann mit Übersendung des Versicherungsnachweises an den Versicherungsnehmer zustande. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers und der Care Concept AG – zu.
   c. Bei Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland ist der Abschluss eines Anschlussvertrages nur möglich, sofern unter Berücksichtigung aller vorbestehenden befristeten Krankenversicherungsverträge mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland eine Gesamtversicherungsdauer von 5 Jahren nicht überschritten wird. Dies gilt auch, wenn vorbestehende befristete Krankenversicherungen bei anderen Versicherungsgesellschaften bestanden. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes bestanden haben, zu informieren.
   d. Der Abschluss eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages ist nur mit in Textform erteilter Zustimmung des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres möglich. Es werden der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif sowie das dann gültige Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt. 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.
2. Bei einer Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag
   a. besteht kein Versicherungsschutz für Krankheiten und deren Folgen sowie für die Folgen von Unfällen, die nachweislich in den letzten 6 Monaten vor Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag behandelt worden sind;
   b. gelten die §§ 6 Ziff. 2 und 8 Ziff. 1 a., b. und i. entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II. Ziff. 1 und 2 zu beachten.

III. Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag endet

a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
b. mit Vollendung des 65. Lebensjahres (65. Geburtstag);
c. mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben;
d. bei vorübergehenden Aufenthalten in der Bundesrepublik Deutschland mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
e. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen, insbesondere
   - da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt im Aufenthaltsland ohne Rückkehrabsicht entschieden hat oder
   - da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
f. zu dem Zeitpunkt, in welchem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 entfällt;
g. mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes.

IV. Weiterversicherungsrecht

Mit Ablauf des Produktes Care China Business erwirbt die versicherte Person das Recht, ohne Wartezeiten bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG eine Weiterversicherung nach dem Tarif „Mini“ in folgenden Fällen abzuschließen:

- bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland oder dem Wegfall der Versicherungsmöglichkeiten nach § 195 Abs. 3 VVG;
- bei endgültiger Rückkehr einer versicherten Person mit Deutscher Staatsangehörigkeit aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland.

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

V. Kindernachversicherung

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

§ 3 Kündigung

1. Das Versicherungsverhältnis kann nach Ablauf der Mindestlaufzeit durch den Versicherungsnehmer jederzeit gekündigt werden. Bei Kündigung steht dem Versicherungsnehmer die Rückerstattung der Versicherungsprämie für den Zeitraum des nicht in Anspruch genommenen Versicherungsschutzes zu. Die Kündigung des Versicherungsvertrages entzieht dem Versicherer nicht das Recht, die Zahlung der Prämie für den Versicherungszeitraum zu fordern, für den Versicherungsschutz durch den Versicherer gewährleistet wurde. Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer kann auf einzelne Personen oder Tarife beschränkt werden. Wird die Kündigung für einzelne versicherte Personen erklärt, ist die Kündigung nur dann wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Die Kündigungserklärung bedarf der Textform (E-Mail, Fax oder Post). Die betroffene versicherte Person hat das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben. Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.
2. Außerordentliche Kündigung
   Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

§ 4 Prämie

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

§ 5 Prämie bei Anschlussverträgen

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

§ 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Geltungsbereich
   a. Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gelten die Mitgliedsländer der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens.
   b. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht unter den folgenden Voraussetzungen Versicherungsschutz:
      - Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr aus dem vereinbarten örtlichen Geltungsbereich in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf 90 Tage und gilt für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinander folgenden Anschlussverträge. Der Tag der Ein- und Ausreise wird jeweils als voller Tag des Heimataufenthaltes gerechnet.
      - Voraussetzung für eine Leistung im Rahmen dieser Deckungserweiterung ist, dass Beginn und Ende eines jeden Heimatlandaufenthaltes während der Vertragslaufzeit vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt angemeldet und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachgewiesen werden. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 9 Ziff. 3 a. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % von den tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten geleistet. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
   c. Die Regelung des Buchstabe b. gilt jedoch nicht für Staatsangehörige der nordamerikanischen Freihandelszone NAFTA (USA, Kanada und Mexiko). Für diesen Personenkreis besteht kein Versicherungsschutz bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person.
2. Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch

   a. nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsbeginn);
   b. nicht vor der Grenzüberschreitung der versicherten Person ins Ausland;
   c. nicht vor Zahlung der Prämie;
   d. nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

3. Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

   a. zum vereinbarten Zeitpunkt; das ist derjenige Zeitpunkt, der in der Versicherungspolice genannt ist;
   b. mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
   c. spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes;
   d. wenn eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für die Bundesrepublik Deutschland erteilt wird;
   e. mit dem Zeitpunkt, in dem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt;
   f. im Rahmen der Heimatlanddeckung gemäß § 6 Ziff. 1 b. nach Ablauf der nach dem gewählten Tarif vereinbarten Dauer für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr.

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 längstens bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, jedoch höchstens bis zur Dauer von 4 Wochen weiter. Von der Nachleistungspflicht ausgeschlossen sind die Kosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Hilfsmittel.

§ 7 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Allgemeines

1. Der Versicherer leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für unerwartete und akut auf der Reise im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 7 II. aufgeführt.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Unfallfolgen oder Krankheit. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
   a. Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft der versicherten Person, sofern die Schwangerschaft nicht bereits bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich selbständigen Anschlussvertrag bei dem Versicherer oder Care Concept AG noch nicht bestanden hat;
   b. Entbindungen einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
   c. der Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen, gesonderten, schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
4. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei sowie unter anderen staatlich zugelassenen Behandlern, die über eine auf ihrem Fachgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen. In der Bundesrepublik Deutschland werden im vertraglich vereinbarten Umfang die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers erstattet, soweit dieser sie nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ), dem Krankenhausentgeltgesetz oder einer sonstigen zur Anwendung kommenden amtlichen oder gesetzlichen Bemessungsgrundlage in der jeweils gültigen Fassung in Rechnung gestellt hat. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei sowie unter anderen staatlich zugelassenen Behandlern, die über eine auf ihrem Fachgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden im vertraglich vereinbarten Umfang die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers erstattet, die auf der Grundlage der landestypischen Bemessungsgrundlagen des Aufenthaltslandes berechnet und angemessen sind. Existiert eine landestypische Bemessungsgrundlage nicht, erfolgt eine Erstattung auf der Grundlage angemessener und im Aufenthaltsland allgemein ortsüblicher Gebühren.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
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. Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die Kosten für Unterkunft und Pflege, ärztliche Behandlung und Operation, Laboruntersuchungen, Röntgendiagnostik, Heilmittel, Arzneien und Verbandmittel. 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. Diese Einschränkung entfällt bei einer Notfallaufnahme. Die

Zustimmung muss dann umgehend nachträglich eingeholt werden.

7. Bei ambulanten und stationären Behandlungen leistet der Versicherer im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Der Versicherer leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch 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 bis zu 25.000,– EUR, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, das in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Wartezeiten

1. Die besonderen Wartezeiten für Entbindungen sowie für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung betragen 8 Monate.
2. Die besondere Wartezeit für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) beträgt 12 Monate.
3. Bei Erstverträgen rechnen die Wartezeiten vom Zeitpunkt der Stellung des Antrages auf Versicherungsschutz an.
4. Bei Abschluss eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages rechnen die Wartezeitregelungen vom Zeitpunkt der Stellung des Antrages auf Abschluss des Anschlussvertrages an.

III. Heilbehandlungskosten

Soweit nicht anderes vereinbart, gilt:

1. Heilbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

a. ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;
b. Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten, einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal zehn Kalendertagen;
c. Schwangerschaftsuntersuchungen, sofern die Schwangerschaft bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen Anschlussvertrag noch nicht bestanden hat. Behandlungen und Untersuchungen durch Hebammen werden erstattet, sofern diese nach der im Aufenthaltsland gültigen Gebührenordnungen für Hebammen abrechnen. Sofern im Aufenthaltsland keine Gebührenordnung für Hebammen besteht, werden die ortsüblichen Gebühren erstattet;
d. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
e. folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), sofern sie ärztlich verordnet sind: Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie;
f. folgende ärztlich verordnete Hilfsmittel (einschl. Reparaturen): Brillengläser und Brillenfassungen oder Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert) max. bis insgesamt 50,– EUR, Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Katheter, Geh- und Stützapparate, Gipsschalen, künstliche Gliedmaßen und Augen, orthopädische Schuhe, Hör- und Sprechgeräte, Krankenfahrstühle in Normalausführung.
   Brillen (hierzu gehören nicht Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen) und Kontaktlinsen sind erstattungsfähig:
   - frühestens 12 Monate nach Versicherungsbeginn bzw. Beginn des rechtlich selbständigen Anschlussvertrages (Wartezeit) und
   - wenn seit dem letzten Bezug mindestens 2 Jahre vergangen sind und
   - sich die Glasstärke um mindestens 1,0 Dioptrien insgesamt geändert hat.
g. Röntgendiagnostik und Strahlenbehandlung;
h. Vorsorgeuntersuchungen, soweit sie in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen entsprechen;
i. Schutzimpfungen von Kindern bis zum 15. Geburtstag, soweit sie von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden;
j. Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die Kosten für
   - Unterkunft und Pflege;
   - ärztliche Behandlung und Operation, Laboruntersuchungen, Röntgendiagnostik, Heilmittel, Arzneien und Verbandmittel;
   - medizinisch notwendige Behandlung wegen normaler und operativer Entbindung einschließlich Hebammenleistung, wenn diese nach Ablauf von 8 Monaten (Wartezeit) seit Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag erfolgt. Die Behandlungen und Untersuchungen durch Hebammen werden erstattet, sofern diese nach der im Aufenthaltsland gültigen Gebührenordnungen für Hebammen abrechnen. Sofern im Aufenthaltsland keine Gebührenordnung für Hebammen besteht, werden die ortsüblichen Gebühren erstattet;
k. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus, bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück (ausgenommen in Privatfahrzeugen);
l. Operationen;
m. Die Kosten für Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen werden im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,– EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag festgestellt wurde.

2. Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes Kosten für:

a. Medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in nicht dentinadhäsiver Ausführung sowie jährliche Kontrolluntersuchungen einschließlich Zahnreinigungen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages;
b. Zahnersatz (inkl. Reparaturen) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stiftzähne, Einlagefüllungen, Aufbissbehelfe, Teil- und Vollkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Gnathologie, Implantate sowie damit verbundene kieferchirurgische Maßnahmen. Dem Versicherer 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;
c. Kieferorthopädische Behandlungen, wenn die Behandlung bis zum vollendeten 20. Lebensjahr begonnen wird, zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages;
d. Die Erstattung für b. und c. ist begrenzt auf maximal 1.000,– EUR je Person und Kalenderjahr.

IV. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland:

1. Ersatz von Mehraufwendungen durch medizinisch sinnvollen Rücktransport eines Erkrankten an seinen ständigen Wohnsitz in seinem Heimatland oder in das von dort nächste erreichbare Krankenhaus in voller Höhe. Abweichend hiervon gelten bei einem Ambulanzflug die folgenden Höchstgrenzen:
   - Bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung von Vertragspartnern des Versicherers werden die Kosten in voller Höhe erstattet.
   - Ansonsten werden die Kosten eines Ambulanzfluges bis zu der Höhe erstattet, die bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung der Vertragspartner des Versicherers entstanden wäre. Die notwendigen Mehrkosten für eine mitversicherte Begleitperson werden bis zu einem Betrag von 1.750,– EUR übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich und ärztlich verordnet oder von den zuständigen Behörden bzw. Fluggesellschaften angeordnet ist. In allen Fällen gelten als Mehrkosten nur diejenigen Transportkosten, welche die normalen Reisekosten übersteigen.
2. Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 25.000,– EUR oder
3. Bestattungskosten im Aufenthaltsland bis zu 25.000,– EUR.

V. Assistance-Leistungen

Über eine Notruftelefonnummer

1. erteilt der Versicherer Auskünfte über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung im In- und Ausland, wie z. B. die Benennung von Ärzten, Fachärzten,

Krankenhäusern und Fachkliniken mit entsprechenden Sprachkenntnissen;
2. benennt Abschlepp-/Bergungsunternehmen, Fachwerkstätten, Mietwagenunternehmen, Hotels, Luftfahrtgesellschaften bzw. sonstige Beförderungsunternehmen im In- und Ausland;
3. und benennt Sachverständige, Rechtsanwälte, und Dolmetscher im In- und Ausland mit entsprechenden Sprachkenntnissen.

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Sofern nicht etwas anderes bestimmt ist, besteht keine Leistungspflicht für
   a. Krankheiten und deren Folgen sowie für die Folgen von Unfällen, die in den letzten 6 Monaten vor Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag behandelt worden sind;
   b. Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, von denen der versicherten Person bei Vertragsabschluss oder vor Antritt des Auslandsaufenthaltes bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden mussten;
   c. Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
   d. solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder die aktive Teilnahme an Unruhen verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person während Ihres Auslandsaufenthaltes als Unbeteiligter überraschend von einem Kriegsereignis oder Unruhen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt sieben Tage nachdem das Auswärtige Amt für das Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält, eine Reisewarnung ausgegeben hat (Krisenregion). Besteht für die versicherte Person nachweislich keine Möglichkeit, die Krisenregion innerhalb von sieben Tagen nach der ausgesprochenen Reisewarnung zu verlassen und hat die versicherte Person die Unmöglichkeit oder Verzögerung der Ausreise aus der betroffenen Region nicht zu vertreten, besteht der erweiterte Versicherungsschutz fort, bis der versicherten Person die Ausreise möglich wird. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg, Bürgerkrieg oder Unruhen vorherrschen;
   e. solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, den Einsatz von ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen) oder im Rahmen einer kriminellen Handlung verursacht sind;
   f. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (mit Ausnahme von § 7 I. Ziff. 6);
   g. die Behandlung von Krankheiten, die auf übermäßigen Alkoholgenuss bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen sind sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
   h. Behandlungen von Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
   i. bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag 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;
   j. Behandlungen durch Ehegatten, den Partner/die Partnerin einer gesetzlich eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   k. für Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder von Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   l. eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
   m. Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen für Hypnose sowie für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
   n. ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
   o. Schwangerschaftsabbrüche, die nicht medizinisch notwendig sind (sozial indizierte Schwangerschaftsabbrüche);
   p. Immunisierungsmaßnahmen;
   q. Hilfsmittel;
   r. Behandlungen wegen Sterilität, einschl. künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
   s. Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen;
   t. Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
   u. Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
   v. Organspenden und deren Folgen.
2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
   a. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
   b. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

§ 9 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
   a. den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
   b. eine ambulante Behandlung dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich in Textform (E-Mail, Fax oder Post) anzuzeigen;
   c. dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen und Originalbelege einzureichen. Originalbelege werden Eigentum des Versicherers und müssen in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes, in dem die Behandlung stattgefunden hat, berechnet sein, sowie den Namen der behandelten Person, die genaue Bezeichnung der Krankheit und die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen. Bei Todesfällen ist eine Sterbeurkunde einzureichen; wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen, eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
   d. Nachweise über die Höhe der Kosten einzureichen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport geltend gemacht werden; ferner ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, aus der sich der medizinische Sinn des Rücktransportes ergibt;
   e. eine stationäre Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich, spätestens jedoch 5 Tage nach ihrem Beginn telefonisch oder in Textform (E-Mail, Fax oder Postbrief) anzuzeigen und vor Beginn diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen eine vorherige Kostenzusage in Textform (E-Mail, Fax oder Post) einzuholen;
   f. eine stationäre Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich, spätestens jedoch 5 Tage nach ihrem Beginn telefonisch oder in Textform (E-Mail, Fax oder Post) anzuzeigen und vor Beginn diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen für mindestens folgende stationäre Leistungen eine Kostenzusage in Textform einzuholen:
      - Unterbringung im Krankenhaus,
      - verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien,
      - Operationskosten einschl. Kosten für Anästhesie und OP-Saal,
      - Kosten für Ärzte und Therapeuten;
   g. für folgende Leistungen bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eine vorherige Kostenzusage in Textform (E-Mail, Fax oder Post) einzuholen, sofern diese versichert sind:
      - Diagnostische Untersuchungen einschl. bildgebender Verfahren wie insbesondere Kernspinn-(MRT), Computer-(CT), Positronen-Emissions-(PET) und Computer-Positronen-Emissions-Tomographie (PET-CT);

- Onkologie/onkologische Behandlungen;
- palliativmedizinische Betreuung;
- teilstationäre Behandlung/Tagesklinik;
- medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen (Rehabilitationsmaßnahmen);
- ambulante Operationen;
- medizinische Überführung oder Rücktransport;
- Rücktransport im Todesfall.

2. Auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind ebenfalls verpflichtet, auf Anforderung des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, oder spätestens im Versicherungsfall
   a. einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland einzureichen;
   b. Beginn und Ende eines jeden Auslandsaufenthaltes durch Vorlage geeigneter und aussagefähiger Dokumente nachzuweisen;
   c. einen geeigneten und aussagefähigen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens;
   d. einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im Aufenthaltsland einzureichen;
   e. einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Krankenversicherungen im Sinne des § 195 Abs. 3 VVG einzureichen;
   f. die Annahme der Staatsbürgerschaft des Aufenthaltslandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung oder die Versagung der Aufenthaltserlaubnis für das Aufenthaltsland, sowie die ständige Wohnsitznahme im Aufenthaltsland dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, umgehend in Textform (E-Mail, Fax, Post) anzuzeigen.
4. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben, wenn Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte im gesetzlichen Umfang auf den Versicherer übergehen.
5. Sind Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare im gesetzlichen Umfang auf den Versicherer übergegangen, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.
6. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles 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.
7. 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/die versicherte Person.

§ 10 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Die Originalrechnungen sind bei der

   Care Concept AG
   Postfach 30 02 62
   53182 Bonn

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

§ 11 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen oder von anderen Leistungsträgern

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer bzw. der Care Concept gemeldet, tritt der Versicherer in Vorleistung und wird sich zum Zwecke der Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Der Versicherer verzichtet auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
3. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, kann der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.
4. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Willenserklärung und Anzeigen

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer und der Care Concept bedürfen der Textform (E-Mail, Fax oder Post).
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

§ 14 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 15 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG Care China Business VB-KV 2021_05 (CCB2021_05)

Anschriften:

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

Advigon Versicherung AG
Drescheweg 1
9490 Vaduz
Liechtenstein

Anlage 1: Nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten gemäß § 1 Ziff. 5 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