

§ 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 Schüler, Studenten und/oder Stipendiaten, sofern sie bei Beginn des Versicherungsschutzes das 40. Lebensjahr (40. Geburtstag) noch nicht vollendet haben und zu einem der folgenden Personenkreise zählen:
 - a. Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und unmittelbar vor Reiseantritt ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland;
 - b. Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland sowie Staatsangehörige der Mitgliedsstaaten der EU mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland während eines Aufenthaltes im Ausland;
 - c. Personen mit anderer Staatsangehörigkeit während eines Aufenthaltes im Ausland, sofern sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens 2 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland haben;
 - d. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das Heimatland der versicherten Person. 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.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
 - a. bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag das 40. Lebensjahr (40. 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. dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
 - e. zum Zeitpunkt der Antragstellung bei dem Versicherer bzw. der Care Concept AG während der Dauer ihres befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland einen oder mehrere aufeinander folgende Krankenversicherungsverträge 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 Reisekrankenversicherung versichert waren;
 - g. illegal in das Aufenthaltsland eingereist sind bzw. sich dort illegal aufhalten.
4. 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 aufeinander folgenden Kranken-Versicherungsverträge im Sinne des § 195 Abs. 3 VVG, auch soweit diese bei anderen Versicherungsgesellschaften abgeschlossen wurden.
5. 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 AG, den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß

ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.

2. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb eines Monats nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, zu stellen. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Antritt der Auslandsreise bzw. nach Ablauf der Frist von einem Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht mehr möglich.
3. Wird für den beantragten Tarif 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 unter Berücksichtigung bzw. Einbeziehung des Gesundheitszeugnisses in Textform erhält.
4. 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 und der Care Concept AG – zur Verfügung.
5. Der Versicherungsvertrag soll, soweit im gesetzlichen Rahmen zulässig, für die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes, maximal bis zur Höchstversicherungsdauer, abgeschlossen werden.
6. Mindest- und Höchstversicherungsdauer
 - a. Die Mindestversicherungsdauer beträgt einen Monat.
 - 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.
7. 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 Auslandsaufenthalt ein Zeitraum von mindestens 180 Kalendertagen besteht, in dem sich die versicherte Person nachweislich in ihrem Heimatland aufgehalten hat.

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 oder 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.
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. und g. entsprechend. Zusätzlich sind die besonderen Wartezeiten gemäß § 7 II. Ziff. 1 und 2 zu beachten, sofern nach dem gewählten Tarif oder den sonstigen vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes bestimmt ist.

III. Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag endet

- a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b. mit Vollendung des 40. Lebensjahres (40. 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 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.

IV. 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;
 - kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
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 IV. 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 AG. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz erst mit der Annahme des Versicherungsvertrages durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, 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. Ordentliche Kündigung
Das Versicherungsverhältnis kann – nach Ablauf der Mindestlaufzeit – jederzeit durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden. Die Mindestlaufzeit ist in § 2 Ziff. 6 dieser Bedingungen geregelt. 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 Recht zur ordentlichen Kündigung.

2. Außerordentliche Kündigung

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

§ 4 Prämie

1. Zahlung der Erst- oder Einmalprämie:
 - a. Die Erst- oder Einmalprämie ist bei Vertragsbeginn fällig. Das Datum des Versicherungsbeginns ergibt sich aus der Versicherungspolice.
 - b. Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
 - c. Ist die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Zahlung 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 Zahlungsfrist 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 verbindet die Zahlungsfrist von 2 Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
 - d. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht entsprechend Buchstabe b. 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 angemahnte Betrag gezahlt wird. Auch in diesem Fall besteht entsprechend Buchstabe b. kein Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind.
3. 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.

§ 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.

bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, jedoch höchstens bis zur Dauer von 8 Wochen weiter.

§ 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 gilt nicht das Heimatland der versicherten Person. 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.
- b. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern besteht unter den folgenden Voraussetzungen Versicherungsschutz:
 - Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 42 Kalendertagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte 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 Aufenthaltes im Heimatland oder im Drittland 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. 1 bis 6. 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 einen Wohnsitz hat und in das sie zurückzukehren gewillt ist und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
- c. Die Regelung der Ziff. 1 des Buchstaben 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.
- d. Die Regelung der Ziff. 1 des Buchstaben b. nicht gilt für Aufenthalte in Drittländern, soweit es sich bei dem Aufenthaltsland um ein Land oder Territorium der Staaten der nordamerikanischen Freihandelszone (NAFTA=USA, Kanada und Mexiko) handelt.

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 vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der versicherten Person im Ausland;
 - d. wenn eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für die Bundesrepublik Deutschland erteilt wird;
 - e. mit dem Zeitpunkt, in dem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 dieser Bedingungen der versicherten Person entfällt;
 - f. im Rahmen der Heimatlanddeckung bzw. Drittlanddeckung gem. § 6 Ziff. 1 b. nach Ablauf der vereinbarten Dauer für alle Aufenthalte im Heimatland bzw. Drittländern 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

§ 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 Ziff. 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 Einrichtungen 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 Einrichtungen 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 üblicher 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. 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. 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 seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten 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 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 Anschlussvertrages rechnen die Wartezeitregelungen vom Zeitpunkt der Stellung des Antrages auf Abschluss des Anschlussvertrages an.

III. Heilbehandlungskosten

Soweit nichts 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 10 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;
 - d. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - e. Röntgendiagnostik und Strahlenbehandlung;
 - f. Folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), sofern sie ärztlich verordnet sind: z. B. Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie;
 - g. Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück (ausgenommen in Privatfahrzeugen);
 - h. Operationen;
 - i. ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalls erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, in einfacher Ausführung.
 - j. ärztlich verordnete Brillengläser und Brillenfassungen oder Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert) bis maximal 50,- EUR
- frühestens 12 Monate nach Versicherungsbeginn bzw. Beginn des rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages (Wartezeit) und
- wenn sich die Sehfähigkeit um mindestens 1,0 Dioptrien insgesamt geändert hat.Nicht erstattungsfähig sind Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen.
2. Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten für:

- a. Schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial bis maximal 250,- EUR je Versicherungsjahr.
- b. medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) nach einer Wartezeit von 8 Monaten in einfacher Ausführung zu 50 % bis maximal 750,- EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Wird der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen, werden die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in einfacher Ausführung zu 100 % bis maximal 2.500,- EUR – innerhalb von 2 Versicherungsjahren – erstattet. Als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen und Beißen
- c. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen des Versicherungsschutzes durch rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag.

IV. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –:

- a. die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland. Als Mehrkosten gelten nur diejenigen Transportkosten, welche die normalen Reisekosten übersteigen.
- b. Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 25.000,- EUR oder
- c. Bestattungskosten im Aufenthaltsland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 25.000,- EUR.

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Sofern 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. 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. solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder die aktive Teilnahme an Unruhen verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person während ihres Auslandsaufenthaltes als Unbeteiligter überraschend von einem Kriegereignis oder Unruhen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt 7 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 7 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;
 - c. für Vorsorgeuntersuchungen;
 - d. für solche Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen, die die versicherte Person vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - e. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
 - f. die Behandlung von Krankheiten, die auf übermäßigem Alkoholkonsum bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen sind sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

- g. 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;
- h. Behandlungen durch Ehegatten, den Partner/die Partnerin einer gesetzlich eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- i. eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- j. Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen, für Hypnose, sowie für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
- k. 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 aufhalten hat;
- l. Schwangerschaftsabbrüche, die nicht medizinisch notwendig sind (sozial indizierte Schwangerschaftsabbrüche);
- m. Immunisierungsmaßnahmen;
- n. Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalls innerhalb des versicherten Zeitraums erstmals notwendig werden;
- o. Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
- p. Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen;
- q. Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen.

Versicherer, 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 einschliesslich bildgebender Verfahren wie insbesondere Kernspinn- (MRT), Computer- (CT), Positronenemissions- (PET) und Computer-Positronenemissionstomografie (CT-PET);
 - 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 einzureichen;
- 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

§ 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 Kostenhöhung 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 dem Versicherer, 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 dem

einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer/die versicherte Person.

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.

§ 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 des Versicherers oder 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 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 dem Versicherer in Textform gehemmt.

§ 14 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 15 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtig.

Anschriften:

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

Advigon Versicherung AG
Drescheweg 1
9490 Vaduz
Liechtenstein

§ 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 AG 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 den Versicherer nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, 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

Anlage 1: Nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten gemäß

§ 1 Ziff. 3 c. der Versicherungsbedingungen

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