Versicherungsbedingungen
für die Reise-Krankenversicherung
Care Travel PLUS
bei der Barmenia Krankenversicherung AG
Gruppenversicherung VB-KV 2025_12 (CTPLUS2025_12)

A. Allgemeiner Teil gültig für die in Teil B aufgeführten Tarife

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Wer ist versichert?
   Versichert sind die Personen, die im Versicherungsschein namentlich genannt sind und für welche die vereinbarte Prämie gezahlt wurde.
2. Wer ist versicherungsfähig?
   Versicherungsfähig sind Personen, die
   a. sich vorübergehend im Ausland aufhalten und
   b. vor Antritt der Reise einen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben, und
   c. das 75. Lebensjahr (75. Geburtstag) noch nicht vollendet haben.
3. Wer ist nicht versicherbar?
   Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
   a. das 75. Lebensjahr (75. Geburtstag) vollendet haben;
   b. dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
   c. während ihres Auslandsaufenthaltes Leistungssport betreiben bzw. eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben. Hiervon unberührt bleiben sportliche Tätigkeiten, für die die versicherte Person Zuwendungen in Höhe von insgesamt nicht mehr als 540,– EUR/Monat erhält.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?
   Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
   a. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb von 6 Monaten nach Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland zu stellen. Der Antrag soll für die gesamte Reisedauer gestellt werden. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG. Das Datum der Grenzüberschreitung ins Ausland ist auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, nachzuweisen.
   b. Befindet sich die versicherte Person bereits länger als 6 Monate im Ausland, ist ein Abschluss des Versicherungsvertrages auch dann möglich, wenn für die versicherte Person für diese Zeit Versicherungsschutz aus einem anderen Krankenversicherungsvertrag bestand (Vorversicherung) und dieser Versicherungsvertrag nicht länger als 6 Monate beendet ist. Auf die Regelungen der Wartezeiten in § 6 II dieser Bedingungen wird verwiesen. Das Bestehen einer Vorversicherung und das Datum der Grenzüberschreitung ist auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, nachzuweisen.
   c. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der hierfür vom Versicherer vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eingeht und der Versicherer den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
   d. Für Personen, die die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung und Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – zur Verfügung. Bitte beachten Sie, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.
   e. Mindest- und Höchstversicherungsdauer
      aa. Die Mindestversicherungsdauer beträgt einen Monat.
      bb. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 60 Monate.
2. Kann der ursprüngliche Versicherungsvertrag verlängert werden?
   Eine Verlängerung des ursprünglichen Versicherungsvertrages in dem Tarif Care Travel PLUS ist nicht möglich.
3. Wann endet Ihr Versicherungsvertrag?
   Der Versicherungsvertrag endet
   a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
   b. mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherte Person hat jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben;
   c. mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im Ausland sowie endgültiger Rückkehr nach Deutschland;
   d. wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 dieser Bedingungen entfällt.
4. Kann Ihr Neugeborenes/Adoptivkind in diesem Vertrag mitversichert werden?
   a. Neugeborene von versicherten Personen sind mit Vollendung der Geburt zum Tarif der Eltern ohne Wartezeiten mitversichert, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist.
      Als Nachweis genügt die Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde in Textform z.B. per E-Mail, Fax oder Post.
   b. Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass
      aa. der Vertrag des versicherten Elternteils am Tag der Geburt mindestens 3 Monate ununterbrochen bestanden hat;
      bb. der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und umfassender ist als der des versicherten Elternteils;
      cc. kein anderweitiger Auslandskrankenversicherungsschutz für das Neugeborene besteht.
   c. Die Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Der Nachweis der Adoption gilt durch die Vorlage der Adoptionsurkunde als geführt.
      Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, hat das Recht, bei Bestehen einer erhöhten Gefahr einen Risikozuschlag von bis zu 100 % auf die Tarifprämie des versicherten Elternteiles zu vereinbaren.
   d. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als zwei Monate nach der Geburt oder wird ein Versicherungsschutz beantragt, der höher oder umfassender ist als derjenige des versicherten Elternteiles, kann für das Neugeborene/ Adoptivkind ein eigenständiger Versicherungsvertrag abgeschlossen werden.
      Der Versicherungsschutz tritt mit der Annahme des Versicherungsvertrages durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragrafen unter Ziff. 1 – 4 entsprechend.
   e. Der Versicherer ist nicht zur Gewährung von Versicherungsschutz im Rahmen der Kindernachversicherung verpflichtet, sofern für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

§ 3 Kündigung

1. Ordentliche Kündigung Ihres Versicherungsvertrages
   Das Versicherungsverhältnis kann – nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit – zum Beginn des jeweils nächsten Versicherungsmonats (nicht Kalendermonat) gekündigt werden. Die Mindestversicherungsdauer beträgt entsprechend der zugrundeliegenden Vertragsbedingungen einen Monat. 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 kann auf einzelne Personen beschränkt werden.
   Wird die Kündigung für einzelne versicherte Personen erklärt, ist diese nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
   Die Kündigungserklärung bedarf der Textform (z.B. 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 Ihres Versicherungsvertrages
   Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer unberührt.

§ 4 Prämie

Wann und wie müssen Sie die Versicherungsprämie zahlen?

1. Zahlung der Erstprämie
   a. Die Erstprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.

b. Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
c. Ist die Erstprämie 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 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. § 4 Ziff. 2 Buchstabe b bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. § 4 Ziff. 2 Buchstabe b bleibt hiervon unberührt.

3. Einzelheiten zur Prämienzahlung
a. Die Zahlung der Erst- und Folgeprämie kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z.B. SEPA-Lastschriftverfahren) erfolgen.
b. Wird die Prämie vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bankkonto oder einem Online-Zahlungsanbieter abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder der Versicherungsnehmer noch – für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist – der Versicherungsnehmer bzw. Kontoinhaber dem Zahlungsabruf widerspricht bzw. widersprechen.
Konnte die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z.B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) erfolgt.

§ 5 Recht zur Prämienanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Prämien vom Versicherer überprüft und soweit erforderlich angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden (sowie tariflich vorgesehene Leistungshöchstbeträge und Tagegelder erhöht werden).
2. Die Anpassungen nach Ziff. 1 werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
3. Erhöht der Versicherer die Prämien nach Ziff. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bedingungen.

1. In welchen Ländern gilt der Versicherungsschutz?
a. Der Versicherungsschutz gilt für den vereinbarten örtlichen Geltungsbereich für Reisen im Ausland.
Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht die Bundesrepublik Deutschland.
Der örtliche Geltungsbereich des Versicherungsschutzes kann für folgende Zielregionen vereinbart werden:
- Zielregion 1: Weltweites Ausland ohne USA, China, Singapur
- Zielregion 2: Weltweites Ausland mit USA, China, Singapur.

b. Wurde für die versicherte Person Versicherungsschutz innerhalb der Zielregion 1 (weltweites Ausland ohne USA, China, Singapur) vereinbart, so besteht im Falle eines Aufenthaltes in den Staaten der USA, China, Singapur Versicherungsschutz
- für einen Aufenthalt von bis zu maximal 14 Tagen (inkl. Hin- und Rückreise) innerhalb eines Versicherungsjahres;
- für die Durchreise/Transitaufenthalt durch die Staaten der USA, China, Singapur für maximal 4 Tage (inkl. Hin- und Rückreise).

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet vom Versicherungsbeginn an.
Versicherungsschutz besteht nicht für diejenigen Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung der alleinige oder einer der Gründe für den Aufenthalt in den Staaten der USA, China oder Singapur war. Im Leistungsfall kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, einen Nachweis über Beginn und Ende eines Aufenthaltes in der Zielregion 1 bzw. 2 verlangen.

c. Abweichend von § 6 Buchstabe a Satz 2 besteht für die versicherte Person während der Vertragslaufzeit auch in der Bundesrepublik Deutschland Versicherungsschutz unter folgenden Voraussetzungen:
- Bei Versicherungsverträgen von maximal einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr aus dem vereinbarten örtlichen Geltungsbereich in die Bundesrepublik Deutschland für die Dauer von insgesamt 30 Tagen.
- Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer ist der Versicherungsschutz bei einer vorübergehenden Rückkehr der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland begrenzt auf die nach dem jeweiligen gewählten Tarif vereinbarte Dauer. Die Einzelheiten der tariflichen Regelungen entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen in Teil B. dieser Bedingungen.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet vom Versicherungsbeginn.an.
Der Tag der Ein- und Ausreise in die Bundesrepublik Deutschland wird jeweils als voller Tag des Aufenthaltes gerechnet. Die Erstattung in der Bundesrepublik Deutschland angefallener Heilbehandlungskosten erfolgt nach dem 2,3-fachen Satz der Vorschriften der GOÄ bzw. GOZ.
Im Leistungsfall kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, einen Nachweis über Beginn und Ende des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland verlangen.

2. Wann beginnt der Versicherungsschutz?
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
a. nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages,
b. nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland,
c. nicht vor Zahlung der Prämie,
d. nicht vor Ablauf von Wartezeiten, soweit vorhanden.

3. Wann endet der Versicherungsschutz?
Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
b. mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
c. spätestens mit Beendigung des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der versicherten Person im Ausland und endgültiger Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland;
d. mit dem Zeitpunkt, in dem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 dieser Bedingungen entfällt;
e. mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer im Rahmen der Deckungserweiterung für kurzfristige Ferien- und Durchreise bzw. Transitaufenthalte in den Staaten der USA, China, Singapur gemäß § 6 Ziff. 1 Buchstabe b;
f. in der Bundesrepublik Deutschland spätestens nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer von 30 Tagen für Versicherungsverträge von maximal einjähriger Dauer; für Versicherungsverträge von mindestens einjähriger Dauer spätestens nach Ablauf der nach dem gewählten Tarif vereinbarten Versicherungsschutzdauer, vgl. Teil B. dieser Bedingungen.

4. Gibt es eine Nachhaftung?
Die Regelung zur Nachhaftung ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bedingungen zu entnehmen.

§ 7 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Allgemeines

1. Wofür leistet der Versicherer?
   Der Versicherer leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für akut während des versicherten Aufenthaltes im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in Absatz II dieser Vorschrift genannt.
2. Was ist ein Versicherungsfall?
   Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten, nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
   Als Versicherungsfall gelten auch
   a. die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat;
   b. die Entbindung einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
   c. der Tod.
   Näheres entnehmen Sie bitte den jeweiligen Tarifbedingungen des gewählten Tarifs.
3. Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
   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 sowie unter anderen staatlich zugelassenen Behandelnden, die über eine auf ihrem Fachgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen, frei. In der Bundesrepublik Deutschland werden im vertraglich vereinbarten Umfang die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandelnden 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 stellen kann. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr berechnen sowie unter anderen staatlich zugelassenen Behandelnden, die über eine auf ihrem Fachgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen.
5. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden im vertraglich vereinbarten Umfang die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandelnden 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.
6. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl.
7. 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 in der Bundesrepublik Deutschland 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.
8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
9. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, dass in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Gibt es Wartezeiten?

1. Es gibt grundsätzlich keine allgemeine Wartezeit.
2. Eine Wartezeit von 31 Tagen besteht dann, wenn die versicherte Person sich bei einer Antragstellung auf Abschluss eines Versicherungsvertrages bereits länger als 31 Tage im versicherten Ausland aufhält.
   Bei einer Grenzüberschreitung ins Ausland lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehenden Vorversicherung entfällt die Wartezeit. Maßgebend ist der Eingang des Antrages bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG.
3. Bei Unfällen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, besteht keine Wartezeit.
   Das Datum der Einreise bzw. Grenzüberschreitung in das versicherte Ausland ist auf Verlangen nachzuweisen.
4. Die besondere Wartezeit für Schwangerschaftsuntersuchungen, Entbindungen, Vorsorgeuntersuchungen, Zahnersatz, einfache Reparaturen von Zahnersatz, Zahnreinigung sowie Parodontose Behandlungen beträgt 10 Monate. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn an.
5. Die Leistungseinschränkungen des § 8 dieser Bedingungen gelten uneingeschränkt weiter.

III. Heilbehandlungskosten

Welche Kosten nach Art, Umfang und Höhe erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bedingungen zu entnehmen.

IV. Krankenrücktransport, Überführungs-/ Bestattungs-/ Bergungskosten

Welche Kosten nach Art, Umfang und Höhe erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bedingungen zu entnehmen.

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Gibt es Einschränkungen der Leistungspflicht?
   Sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, leistet der Versicherer nicht für

   a. die bei Vertragsabschluss bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbare Folgen. Ferner leistet der Versicherer nicht für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten 6 Monaten vor Vertragsabschluss behandelt worden sind, unabhängig davon, ob ein Zusammenhang mit den Erkrankungen im Sinne von § 8 Ziff. 1 Buchstabe a Satz 1 besteht oder nicht. Abweichend hiervon besteht Leistungspflicht für akute und medizinisch notwendige Behandlungen zur Beseitigung einer möglicherweise lebensbedrohlichen Notfallsituation, die während des versicherten Aufenthaltes eintritt. Lebensbedrohlich ist ein gesundheitlicher Zustand dann, wenn dieser nach allgemeiner Lebenserfahrung (z.B. Herzinfarkt, akuter lebensbedrohlicher Zuckerschock bei Diabeteserkrankung) oder aufgrund der Feststellung eines, den Zustand nicht unmittelbar behandelnden, dritten Arztes (z.B. ein(e) von dem zuständigen Versicherer beauftragter Arzt bzw. Ärztin) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang zum Tod der versicherten Person führen könnte. Die Kosten der Weiterbehandlung der die Notfallsituation auslösenden bestehenden Grunderkrankung sind nicht von der Erstattungspflicht des Versicherers umfasst.
   b. Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
   c. vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen;

d. Behandlungen, von denen bereits bei Antritt Auslandsaufenthaltes feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden mussten;
e. solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind
f. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen; (für eine Anschlussheilbehandlung gilt § 7 I. Ziff. 6, Satz 3)
g. Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
h. ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
i. Behandlungen durch den Versicherungsnehmer, Ehegatten, den Partner/die Partnerin einer gesetzlich eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder sowie durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
j. eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
k. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung; mit Ausnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen aufgrund eines traumatischen Erlebnisses. Diese werden entsprechend der vertraglich vereinbarten Leistungen erstattet, vgl. die jeweiligen Tarife in Teil B. dieser Bedingungen.
l. Immunisierungsmaßnahmen;
m. Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden;
n. chiropraktische und osteopathische Behandlungen sowie Heilpraktiker-Behandlungen
o. Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
p. Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen. Abweichend hiervon werden diese Kosten im vertraglichen Umfang innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Versicherungsbeginn festgestellt wurde;
q. Vorsorgeuntersuchungen;
r. Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen (Inlays), Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen, Parodontose Behandlungen;
s. Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen;
t. Organspenden und deren Folgen.
u. für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z.B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchung.

2. Wann ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet?
Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
a. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
b. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 9 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheiten

1. Welche Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) haben Sie, wenn ein Versicherungsfall eintritt?
Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
a. den Schaden dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
b. den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
c. dem Versicherer jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe seiner Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen sowie sich durch eine Ärztin bzw. einen Arzt des Versicherers untersuchen zu lassen, soweit der Versicherer dies im Rahmen der Prüfung seiner Leistungspflicht als notwendig erachtet,
d. im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ist Kontakt zum Versicherer aufzunehmen.

2. Obliegenheitspflicht bei einem Aufenthalt der versicherten Person in den Staaten der USA
Tritt der Versicherungsfall bei einem versicherten Aufenthalt in den Staaten der USA ein, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sich noch vor Behandlungsbeginn an das Unternehmen MedCare International Inc. zu wenden und sich durch dieses an einen Arzt/in oder Krankenhaus zur medizinisch notwendigen Behandlung verweisen zu lassen.
Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Sofern Originalrechnungen angefordert werden, sind diese einzureichen bei der
Care Concept AG
Postfach 30 02 62
53182 Bonn
4. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet (vgl. § 9 Ziff. 7), wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
a. Originalbelege (auf Anforderung) in der amtlichen Währung des Landes, in dem die Behandlung stattgefunden hat, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe, der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen wiedergeben. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
b. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
c. eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
d. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland;
e. bei vertraglicher Vereinbarung des Geltungsbereiches der Zielregion 1 (weltweites Ausland ohne USA, China, Singapur) auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in den USA, China, Singapur;
f. auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 dieser Bedingungen;
g. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Aufenthaltsland.
h. weitere Nachweise und Belege (auf Anforderung Originalbelege), die der Versicherer anfordert, um seine Leistungspflicht zur prüfen, wenn dem Versicherungsnehmer die Beschaffung billigerweise zuzumuten ist.

5. Muss der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person einem Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland zustimmen?
In Ergänzung zu Ziff. 1 bis 4 dieser Vorschrift ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person bei einem Auslandsaufenthalt in den Staaten der USA, China oder Singapur auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, einem Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland zuzustimmen, sofern ein solcher Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar sowie durchführbar ist. Die Kosten für den medizinischen Rücktransport trägt der Versicherer entsprechend diesen vertraglichen Vereinbarungen.
Stimmt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport im Sinne der vertraglichen Vereinbarungen nicht zu, so muss der Versicherungsnehmer 20 %, höchstens bis zu max. 25.000,– EUR, der tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten im Reiseland selbst tragen. Dies gilt für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft. (vgl. § 9 Ziff. 7).
Sollte der behandlungsbedürftige Versicherungsnehmer oder die behandlungsbedürftige versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sein, die Zustimmung zum medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport zu erteilen, ist hierzu ihr nächster, nach den gesetzlichen Vorschriften zur Entscheidung befugter Angehöriger, berufen.

6. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung nicht erteilt, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.
7. Welche Folgen treten ein, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) verletzen?
   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.
   Tritt der Versicherungsfall bei einem versicherten Aufenthalt in den Staaten der USA ein und begibt sich der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person dort in ärztliche Behandlung, ohne dass vor der Behandlung eine Kontaktaufnahme mit dem Unternehmen MedCare International Inc. erfolgt ist, so muss der Versicherungsnehmer 20 %, höchstens bis zu max. 25.000,– EUR, der tarifmäßig erstattungsfähigen Kosten selbst tragen. Dies gilt für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft. Dies gilt nicht für Behandlungen akuter Erkrankungen und Unfallfolgen, die eine sofortige, nicht aufschiebbare medizinische Behandlung erfordern.
   Stimmt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport in Sinne des § 9 Ziff. 5 nicht zu, so muss der Versicherungsnehmer 20 %, höchstens bis zu max. 25.000,– EUR, der tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten im Reiseland selbst tragen. Dies gilt für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft.

§ 10 Auszahlung der Versicherungsleistung

Wann zahlt der Versicherer die Versicherungsleistung aus?

1. In der Regel werden Rechnungen innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt erstattet.
   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 infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Behandlungskosten ausweislich der eingereichten ärztlichen Belege entstanden sind, 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.
3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) gehemmt.

§ 11 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Sie haben einen Anspruch aus einem anderen Versicherungsvertrag
   Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Der Versicherer wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
2. Sie haben einen Anspruch gegen Dritte
   Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Der Behandler hat ein überhöhtes Honorar berechnet
   Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.

§ 12 Aufrechnungen gegen Forderungen des Versicherers

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

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, bedürfen der Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.).
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 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag? Wie ist die Vertragssprache?

Es gilt deutsches Recht, soweit zulässig. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 15 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

Anschriften:

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

Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Deutschland

B. Besonderer Teil:
Leistungsbeschreibung der jeweiligen Tarife zu den Care Travel PLUS VB-KV 2026_01 (CTPLUS2026_01)

Soweit die nachfolgend in den Tarifen genannten Leistungen des Versicherers pro Versicherungsjahr erstattet werden, gilt:
Als ein Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an.

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt die Erstattung angefallener und vertraglich vereinbarter Heilbehandlungskosten im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) bis zum 2,3-fachen Satz.

B I. Tarif Care Travel PLUS Basic - Tarifbedingungen (TB/CTPLUS2026_01Ba)

Der Versicherer erstattet die nach Beginn des Versicherungsschutzes und Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen.

1. Erstattungsfähige ambulante Heilbehandlungskosten

a. die Kosten einer ambulanten Heilbehandlung;
b. die Kosten eines notwendigen Krankentransportes zu einer ambulanten Behandlung. Erstattungsfähig ist der notwendige Krankentransport zum und vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall und Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie, sowie die Fahrt zur oder von einer ambulanten Operation (am Tag der Operation);
c. psychotherapeutische Leistungen aufgrund eines akuten traumatischen Erlebnisses bis max. 2.500,– EUR innerhalb der gesamten vereinbarten Vertragslaufzeit. Ein traumatisches Erlebnis liegt insbesondere bei Eintritt einer schweren seelischen Verletzung vor, welche durch ein Erlebnis ausgelöst wird, das für die betroffene Person mit Kontrollverlust oder Lebensgefahr einhergeht bzw. verbunden ist, wie z.B. schwere Unfälle, psychische sowie körperliche Gewalt, Verlusterfahrungen oder Naturkatastrophen.

2. Erstattungsfähige stationäre Heilbehandlungen

a. die Kosten einer stationären Heilbehandlung zu 100 % inklusive Privatarzt;
b. die Kosten einer Begleitperson während einer stationären Krankenhausbehandlung des Kindes bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres (12. Geburtstag);
c. die Kosten eines notwendigen Krankentransportes zur oder von einer stationären Heilbehandlung in das jeweils nach § 7 I Ziff. 7 dieser Bedingungen anerkannte nächstgelegene oder nächste, aus medizinischer Sicht, geeignete Krankenhaus zu 100 %.

3. Erstattungsfähige Medikamente, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel

a. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
b. ärztlich verordnete Strahlen-, und Lichttherapie;
c. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Krankengymnastik und sonstige physikalische Behandlungen bis zu einer Höhe von max. 500,– EUR pro Versicherungsjahr;
d. ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung, die infolge eines Unfalles erstmalig notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen in Höhe von max. 500,– EUR pro Versicherungsjahr.

4. Erstattungsfähige zahnärztliche Behandlungen

a. die Kosten für schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen, Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (keine Inlays) einschließlich Zahnextraktion zur Beseitigung akuter Schmerzen während des versicherten Auslandsaufenthaltes;
b. unfallbedingter Zahnersatz sowie unfallbedingte Inlays und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür, zu 80 %, bis zu einer Höhe von max. 2.500,– EUR je Versicherungsfall. Der Versicherer erstattet die Kosten eines provisorischen Zahnersatzes nach Buchstabe b Satz 1 in einfacher Ausführung, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist.

5. Schwangerschaften

a. Der Versicherer erstattet nach Ablauf einer Wartezeit von 10 Monaten
aa. die Kosten für ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen;
bb. die Kosten der Entbindung einschließlich die nach einer Entbindung im Krankenhaus notwendigen Unterbringungskosten des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von max. 10 Kalendertagen.
Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
b. Der Versicherer erstattet während der Wartezeit von 10 Monaten bzw. wenn die Schwangerschaft bereits bei Beginn des Versicherungsvertrages bestanden hat, ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), sofern die Behandlungsnotwendigkeit bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand.
Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
c. Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, erstattet der Versicherer bei einer Frühgeburt vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche die Kosten der notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes für den Zeitraum bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind in die Bundesrepublik Deutschland oder bis zur Aufnahme in diesen Vertrag gemäß den Regelungen zur Kindernachversicherung gemäß § 2 Ziff. 4 dieser Bedingungen.

6. Krankenrücktransport, Überführungs-/ Bestattungs-/ Bergungskosten

a. Krankenrücktransport
Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt der versicherten Person in Deutschland – die Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines Krankenrücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland.
Erstattungsfähig sind auch die Kosten einer Begleitperson, sofern diese aus medizinischen Gründen erforderlich und angeordnet ist.
Der Versicherer erstattet die Kosten für das für den Rücktransport jeweils günstigste, medizinisch geeignete Transportmittel (auch mittels Ambulanzflug). Des Weiteren erhält die für den Rücktransport versicherte Person auf Antrag eine Kostenpauschale in Höhe von 250,- EUR, sofern der Antrag spätestens unverzüglich nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Textform erfolgt.
b. Überführungskosten
Bei Tod der versicherten Person im versicherten Ausland erstattet der Versicherer diejenigen notwendigen Kosten, die durch die Überführung in die Bundesrepublik Deutschland der verstorbenen Person entstanden sind, bis zu einer Höhe von max. 30.000,– EUR.
c. Bestattungskosten
Der Versicherer erstattet bei dem Tod der versicherten Person im versicherten Ausland die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zu einer Höhe von max. 30.000,– EUR.
c. Bergungskosten
Muss die versicherte Person aufgrund eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstattet der Versicherer hierfür die Kosten bis zu einer Höhe von max. 15.000,– EUR.

7. Leistungen im Rahmen der Nachhaftung

Erfordert die Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus eine Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen des Tarifs Care Travel PLUS Basic bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit maximal für die Dauer von 30 Tagen weiter.

8. Reisekostenzuschuss für Angehörige

Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet auf Antrag bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles nach § 7 I Ziffer 2 dieser Bedingungen einen Reisekostenzuschuss für den Besuch von Angehörigen während des vollstationären Aufenthaltes der versicherten Person.

Der Reisekostenzuschuss – in Form von Transport und Unterbringungskosten – setzt voraus, dass

a. die Dauer der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung mindestens 9 Kalendertage beträgt. Die Tage der Einlieferung und der Entlassung bleiben bei der Berechnung der 9-tägigen Aufenthaltsdauer unberücksichtigt; Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen desselben Versicherungsfalls gelten als ein Aufenthalt, wenn die Frist zwischen den einzelnen erforderlichen vollstationären Krankenhausaufenthalten maximal 30 Kalendertage beträgt.

b. der Besuch der versicherten Person während des vollstationären Aufenthaltes durch den Ehegatten, Lebenspartner sowie eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person erfolgt. Die Regelungen des BGB zum Verwandtschaftsgrad finden entsprechend Anwendung;

c. sich die versicherte Person bei Ankunft des Angehörigen noch in vollstationärer Behandlung befindet;

Erstattet werden die Kosten der Hin- und Rückreise mit Verkehrsmitteln des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs (2. Klasse bei Bahn- bzw. Busanreisen sowie Economy-Class bei Fluganreise) oder die Anreise mit dem Kraftfahrzeug.

Der Versicherer leistet den Reisekostenzuschuss einmalig pro Versicherungsfall bis zu einer Höhe von max. 1.200,- EUR.

Die tatsächlich entstandenen Reisekosten sind vom Versicherungsnehmer durch Einreichung entsprechender Belege (z.B. Rechnungen) nachzuweisen.

9. Vorübergehende Aufenthalte in der Bundesrepublik Deutschland

Im Rahmen des Tarifes Care Travel PLUS Basic besteht während der vereinbarten Vertragslaufzeit des Auslandsaufenthaltes Versicherungsschutz für vorübergehende Aufenthalte der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 6 Ziff. 1 Buchstabe c des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen für die Dauer von 30 Tagen pro Versicherungsjahr.

B II. Tarif Care Travel PLUS Comfort - Tarifbedingungen (TB/CTPLUS2026_01Co)

Der Versicherer erstattet die nach Beginn des Versicherungsschutzes und Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen.

1. Erstattungsfähige ambulante Heilbehandlungskosten

a. die Kosten einer ambulanten Heilbehandlung;

b. die Kosten eines notwendigen Krankentransportes zu einer ambulanten Behandlung. Erstattungsfähig ist der notwendige Krankentransport zum und vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall und Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie, sowie die Fahrt zur oder von einer ambulanten Operation (am Tag der Operation);

c. chiropraktische und osteopathische Behandlungen sowie Heilpraktiker-Behandlungen. Diese Kosten werden innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre der vereinbarten Vertragslaufzeit bis zu einer Höhe von max. 500,– EUR erstattet. In jedem weiteren Versicherungsjahr erstattet der Versicherer die Kosten in Höhe von max. 500,– EUR pro Versicherungsjahr.

d. Psychotherapeutische Leistungen aufgrund eines akuten traumatischen Erlebnisses bis max. 2.500,– EUR innerhalb der gesamten vereinbarten Vertragslaufzeit. Ein traumatisches Erlebnis liegt insbesondere bei Eintritt einer schweren seelischen Verletzung vor, die durch ein Erlebnis ausgelöst wird, das für die betroffene Person mit Kontrollverlust oder Lebensgefahr einhergeht bzw. verbunden ist, wie z.B. schwere Unfälle, psychische sowie körperliche Gewalt, Verlusterfahrungen oder Naturkatastrophen.

2. Erstattungsfähige stationäre Heilbehandlungen

a. die Kosten einer stationären Heilbehandlung zu 100 % inklusive Privatarzt;

b. die Kosten einer Begleitperson während einer stationären Krankenhausbehandlung des Kindes bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres (12. Geburtstag);

c. die Kosten eines notwendigen Krankentransportes zur oder von einer stationären Heilbehandlung in das jeweils nach § 7 I. Ziff. 7 dieser Bedingungen anerkannte nächstgelegene oder nächste, aus medizinischer Sicht, geeignete Krankenhaus zu 100 %.

3. Erstattungsfähige Medikamente, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel

a. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;

b. ärztlich verordnete Strahlen-, und Lichtbehandlungen;

c. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Krankengymnastik und sonstige physikalische Behandlungen bis zu einer Höhe von max. 500,– EUR pro Versicherungsjahr;

d. ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung, die infolge eines Unfalles erstmalig notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, in einer Höhe von max. 500,– EUR pro Versicherungsjahr.

Sehhilfen, die infolge eines Unfalles erstmalig notwendig werden, sind ohne Wartezeit bis zu einer Höhe von max. 150,– EUR erstattungsfähig.

Nach Ablauf einer Wartezeit von 10 Monaten erstattet der Versicherer Sehhilfen bis zu einer Höhe von max. 150,– EUR innerhalb der gesamten vereinbarten Vertragslaufzeit.

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

4. Erstattungsfähige zahnärztliche Behandlungen

a. die Kosten für schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen, Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung (keine Inlays) einschließlich Zahnextraktion zur Beseitigung akuter Schmerzen während des versicherten Auslandsaufenthaltes;

b. unfallbedingter Zahnersatz sowie unfallbedingte Inlays und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür, zu 80 %, höchstens 2.500,– EUR je Versicherungsfall. Der Versicherer erstattet die Kosten eines provisorischen Zahnersatzes nach Buchstabe b Satz 1 in einfacher Ausführung, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist.

c. Die während des versicherten Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (einfache Reparaturen) erstattet der Versicherer nach Ablauf einer Wartezeit von 10 Monaten zu 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu max. 1.500,– EUR innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre. In jedem weiteren Versicherungsjahr erstattet der Versicherer 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu einer Höhe von max. 1.500,– EUR pro Versicherungsjahr.

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten Stiftzähne, Einlagefüllungen (Inlays), Überkronungen, Brücken, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Zahnleistungen.

d. Die Kosten einer Parodontose Behandlung bis zu einer Höhe von max. 1.500,– EUR innerhalb der gesamten vereinbarten Vertragslaufzeit.

5. Schwangerschaft

a. Der Versicherer erstattet nach Ablauf einer Wartezeit von 10 Monaten

aa. die Kosten für ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen;

bb. die Kosten der Entbindung einschließlich die nach einer Entbindung im Krankenhaus notwendigen Unterbringungskosten des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von max. 10 Kalendertagen.

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

b. Der Versicherer erstattet während der Wartezeit von 10 Monaten bzw. wenn die Schwangerschaft bereits bei Beginn des Versicherungsvertrages bestanden hat, ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), sofern die Behandlungsnotwendigkeit bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand.

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

c. Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, erstattet der Versicherer bei einer Frühgeburt vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche die Kosten der notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes für den Zeitraum bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind in die Bundesrepublik Deutschland oder bis zur Aufnahme in diesen Vertrag gemäß den Regelungen zur Kindernachversicherung gemäß § 2 Ziff. 4 dieser Bedingungen.
d. Der Versicherer erstattet bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen der Ziff. 1 bis 4 dieser Regelung die Kosten von Hebammenleistungen in Höhe von max. 1.500,– EUR pro Schwangerschaft.

6. Präventiv- / Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet nach Ablauf einer Wartezeit von 10 Monaten die Kosten von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen, Zuckerkrankheit, sowie zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes.
Diese Kosten werden innerhalb der ersten 24 Monate der vereinbarten Vertragslaufzeit bis zu einer Höhe von max. 250,– EUR erstattet. In jedem weiteren Versicherungsjahr erstattet der Versicherer die Kosten in Höhe von max. 250,– EUR pro Versicherungsjahr.
Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

7. Krankenrücktransport, Überführungs-/ Bestattungs-/ Bergungskosten

a. Krankenrücktransport
Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt der versicherten Person in Deutschland – die Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines Krankenrücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland.
Erstattungsfähig sind auch die Kosten einer Begleitperson, sofern diese aus medizinischen Gründen erforderlich und angeordnet ist.
Der Versicherer erstattet die Kosten für das für den Rücktransport jeweils günstigste, medizinisch geeignete Transportmittel (auch mittels Ambulanzflug). Des Weiteren erhält die für den Rücktransport versicherte Person auf Antrag eine Kostenpauschale in Höhe von 250,- EUR, sofern der Antrag spätestens unverzüglich nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Textform erfolgt.
b. Überführungskosten
Bei Tod der versicherten Person im versicherten Ausland erstattet der Versicherer diejenigen notwendigen Kosten, die durch die Überführung in die Bundesrepublik Deutschland der verstorbenen Person entstanden sind, bis zu einer Höhe von max. 30.000,– EUR.
c. Bestattungskosten
Der Versicherer erstattet bei dem Tod der versicherten Person im versicherten Ausland die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zu einer Höhe von max. 30.000,– EUR.
d. Bergungskosten
Muss die versicherte Person aufgrund eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstattet der Versicherer hierfür die Kosten bis zu einer Höhe von max. 15.000,– EUR.

8. Leistungen im Rahmen der Nachhaftung

Erfordert die Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus eine Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit maximal für die Dauer von 60 Tagen weiter.

9. Reisekostenzuschuss für Angehörige

Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet auf Antrag bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles nach § 7 I Ziffer 2 dieser Bedingungen einen Reisekostenzuschuss für den Besuch von Angehörigen während des vollstationären Aufenthaltes der versicherten Person.

Der Reisekostenzuschuss – in Form von Transport und Unterbringungskosten – setzt voraus, dass
a. die Dauer der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung mindestens 9 Kalendertage beträgt. Die Tage der Einlieferung und der Entlassung bleiben bei der Berechnung der 9-tägigen Aufenthaltsdauer unberücksichtigt; Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen desselben Versicherungsfalls gelten als ein Aufenthalt, wenn die Frist zwischen den einzelnen erforderlichen vollstationären Krankenhausaufenthalten maximal 30 Kalendertage beträgt.
b. der Besuch der versicherten Person während des vollstationären Aufenthaltes durch den Ehegatten, Lebenspartner sowie eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person erfolgt. Die Regelungen des BGB zum Verwandtschaftsgrad finden entsprechend Anwendung;
c. sich die versicherte Person bei Ankunft des Angehörigen noch in vollstationärer Behandlung befindet;
Erstattet werden die Kosten der Hin- und Rückreise mit Verkehrsmitteln des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs (2. Klasse bei Bahn- bzw. Busanreisen sowie Economy-Class bei Fluganreise) oder die Anreise mit dem Kraftfahrzeug.
Der Versicherer leistet den Reisekostenzuschuss einmalig pro Versicherungsfall bis zu einer Höhe von max. 1.200,- EUR.

Die tatsächlich entstandenen Reisekosten sind vom Versicherungsnehmer durch Einreichung entsprechender Belege (z.B. Rechnungen) nachzuweisen.

10. Leistungen bei vorübergehenden Aufenthalten in der Bundesrepublik Deutschland

Im Rahmen des Tarifes Care Travel PLUS Comfort besteht während einer vereinbarten Vertragslaufzeit von bis zu 12 Monaten Versicherungsschutz für vorübergehende Aufenthalte der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 6 Ziff. 1 Buchstabe c des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen für die Dauer von 30 Tagen.
Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht bei einem vorübergehenden Aufenthalt der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland Versicherungsschutz für 60 Tage innerhalb eines Versicherungsjahres.

B III. Tarif Care Travel PLUS Premium - Tarifbedingungen (TB/CTPLUS2026_01Pr)

Der Versicherer erstattet die nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen.

1. Erstattungsfähige ambulante Heilbehandlungskosten

a. die Kosten einer ambulanten Heilbehandlung;
b. die Kosten eines notwendigen Krankentransportes zu einer ambulanten Behandlung. Erstattungsfähig ist der notwendige Krankentransport zum und vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall und Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie, sowie die Fahrt zur oder von einer ambulanten Operation (am Tag der Operation);
c. chiropraktische und osteopathische Behandlungen sowie Heilpraktiker-Behandlungen. Diese Kosten werden innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre der vereinbarten Vertragslaufzeit bis zu einer Höhe von max. 1.000,– EUR erstattet. In jedem weiteren Versicherungsjahr erstattet der Versicherer die Kosten in Höhe von max. 1.000,– EUR pro Versicherungsjahr;
d. psychotherapeutische Leistungen aufgrund eines akuten traumatischen Erlebnisses bis max. 2.500,– EUR innerhalb der gesamten vereinbarten Vertragslaufzeit. Ein traumatisches Erlebnis liegt insbesondere bei Eintritt einer schweren seelischen Verletzung vor, die durch ein Erlebnis ausgelöst wird, das für die betroffene Person mit Kontrollverlust oder Lebensgefahr einhergeht bzw. verbunden ist, wie z.B. schwere Unfälle, psychische sowie körperliche Gewalt, Verlusterfahrungen oder Naturkatastrophen.

2. Erstattungsfähige stationäre Heilbehandlungen

Der Versicherer erstattet

a. die Kosten einer stationären Heilbehandlung zu 100 %, inklusive Privatarzt;
b. die Kosten einer Begleitperson während einer stationären Krankenhausbehandlung des Kindes bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres (12. Geburtstag);
c. die Kosten eines notwendigen Krankentransportes zur oder von einer stationären Heilbehandlung in das jeweils nach § 7 I Ziff. 7 dieser Bedingungen anerkannte nächstgelegene oder nächste, aus medizinischer Sicht, geeignete Krankenhaus zu 100 %.

3. Erstattungsfähige Medikamente, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel

a. ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
b. ärztlich verordnete Strahlen-, und Lichttherapie;
c. ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Krankengymnastik und sonstige physikalische Behandlungen bis zu einer Höhe von max. 500,– EUR innerhalb eines Versicherungsjahres;
d. ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung, die infolge eines Unfalles erstmalig notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, in Höhe von max. 500,– EUR pro Versicherungsjahr.
Sehhilfen, die infolge eines Unfalles erstmalig notwendig werden, sind ohne Wartezeit bis zu einer Höhe von max. 300,– EUR erstattungsfähig.
Nach Ablauf einer Wartezeit von 10 Monaten erstattet der Versicherer Sehhilfen bis zu einer Höhe von max. 300,– EUR innerhalb der gesamten vereinbarten Vertragslaufzeit.
Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

4. Erstattungsfähige zahnärztliche Behandlungen

a. die Kosten für schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen, Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung (keine Inlays) einschließlich Zahnextraktion zur Beseitigung akuter Schmerzen während des versicherten Auslandsaufenthaltes;
b. unfallbedingter Zahnersatz sowie unfallbedingte Inlays und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür, zu 80 %, höchstens 2.500,– EUR je Versicherungsfall. Der Versicherer erstattet die Kosten eines provisorischen Zahnersatzes nach Buchstabe b Satz 1 in einfacher Ausführung, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist.
c. Die während des versicherten Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (einfache Reparaturen) erstattet der Versicherer nach Ablauf einer Wartezeit von 10 Monaten zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu einer Höhe von max. 2.000,– EUR innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre. In jedem weiteren Versicherungsjahr erstattet der Versicherer diese Kosten zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu max. 2.000,– EUR pro Versicherungsjahr.
Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn
Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten Stiftzähne, Einlagefüllungen (Inlays), Überkronungen, Brücken, kieferorthopädische Behandlungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Zahnleistungen.
d. die Kosten einer Parodontose Behandlung bis zu einer Höhe von max. 1.500,– EUR innerhalb der gesamten vereinbarten Vertragslaufzeit.
e. die Kosten einer professionellen Zahnreinigung nach Ablauf einer Wartezeit von 10 Monaten bis zu einer Höhe von max. 200,– EUR pro Versicherungsjahr.
Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

5. Schwangerschaft

a. Der Versicherer erstattet nach Ablauf einer Wartezeit von 10 Monaten
aa. die Kosten für ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen;
bb. die Kosten der Entbindung einschließlich die nach einer Entbindung im Krankenhaus notwendigen Unterbringungskosten des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von max. 10 Kalendertagen.
Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
b. Der Versicherer erstattet während der Wartezeit von 10 Monaten bzw. wenn die Schwangerschaft bereits bei Beginn des Versicherungsvertrages bestanden hat, ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), sofern die Behandlungsnotwendigkeit bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand.
Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
c. Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, erstattet der Versicherer bei einer Frühgeburt vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche die Kosten der notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes für den Zeitraum bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind in die Bundesrepublik Deutschland oder bis zur Aufnahme in diesen Vertrag gemäß den Regelungen zur Kindernachversicherung gemäß § 2 Ziff. 4 dieser Bedingungen.
d. Der Versicherer erstattet bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen der Ziff. 1 bis 4 dieser Regelung die Kosten von Hebammenleistungen in Höhe von max. 2.500,– EUR pro Schwangerschaft.

6. Präventiv- / Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet nach Ablauf einer Wartezeit von 10 Monaten die Kosten von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen, Zuckerkrankheit, sowie zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes.
Diese Kosten werden innerhalb der ersten 24 Monate der vereinbarten Vertragslaufzeit bis zu einer Höhe von max. 400,– EUR erstattet. In jedem weiteren Versicherungsjahr erstattet der Versicherer diese Kosten in Höhe von max. 400,– EUR pro Versicherungsjahr.
Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

7. Krankenrücktransport, Überführungs-/Bestattungs-/ Bergungskosten

a. Krankenrücktransport
Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt der versicherten Person in Deutschland – die Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines Krankenrücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland.
Erstattungsfähig sind auch die Kosten einer Begleitperson, sofern diese aus medizinischen Gründen erforderlich und angeordnet ist.
Der Versicherer erstattet die Kosten für das für den Rücktransport jeweils günstigste, medizinisch geeignete Transportmittel (auch mittels Ambulanzflug). Des Weiteren erhält die für den Rücktransport versicherte Person auf Antrag eine Kostenpauschale in Höhe von 250,- EUR, sofern der Antrag spätestens unverzüglich nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Textform erfolgt.
b. Überführungskosten
Bei Tod der versicherten Person im versicherten Ausland erstattet der Versicherer diejenigen notwendigen Kosten, die durch die Überführung in die Bundesrepublik Deutschland der verstorbenen Person entstanden sind, bis zu einer Höhe von max. 30.000,– EUR.
c. Bestattungskosten
Der Versicherer erstattet bei dem Tod der versicherten Person im versicherten Ausland die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zu einer Höhe von max. 30.000,– EUR.
d. Bergungskosten
Muss die versicherte Person aufgrund eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstattet der Versicherer hierfür die Kosten bis zu einer Höhe von max. 15.000,– EUR

8. Leistungen im Rahmen der Nachhaftung

Erfordert die Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus eine Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit der versicherten Person.

9. Reisekostenzuschuss für Angehörige

Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet auf Antrag bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles nach § 7 I Ziffer 2 dieser Bedingungen einen Reisekostenzuschuss für den Besuch von Angehörigen während des vollstationären Aufenthaltes der versicherten Person.

Der Reisekostenzuschuss – in Form von Transport und Unterbringungskosten – setzt voraus, dass

a. die Dauer der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung mindestens 9 Kalendertage beträgt. Die Tage der Einlieferung und der Entlassung bleiben bei der Berechnung der 9-tägigen Aufenthaltsdauer unberücksichtigt; Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen desselben Versicherungsfalls gelten als ein Aufenthalt, wenn die Frist zwischen den einzelnen erforderlichen vollstationären Krankenhausaufenthalten maximal 30 Kalendertage beträgt.

b. der Besuch der versicherten Person während des vollstationären Aufenthaltes durch den Ehegatten, Lebenspartner sowie eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person erfolgt. Die Regelungen des BGB zum Verwandtschaftsgrad finden entsprechend Anwendung;

c. sich die versicherte Person bei Ankunft des Angehörigen noch in vollstationärer Behandlung befindet;

Erstattet werden die Kosten der Hin- und Rückreise mit Verkehrsmitteln des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs (2. Klasse bei Bahn- bzw. Busanreisen sowie Economy-Class bei Fluganreise) oder die Anreise mit dem Kraftfahrzeug.

Der Versicherer leistet den Reisekostenzuschuss einmalig pro Versicherungsfall bis zu einer Höhe von max. 1.200,- EUR.

Die tatsächlich entstandenen Reisekosten sind vom Versicherungsnehmer durch Einreichung entsprechender Belege (z.B. Rechnungen) nachzuweisen.

10. Leistungen bei vorübergehenden Aufenthalten in der Bundesrepublik Deutschland

Im Rahmen des Tarifes Care Travel PLUS Premium besteht während einer vereinbarten Vertragslaufzeit von bis zu 12 Monaten Versicherungsschutz für vorübergehende Aufenthalte der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 6 Ziff. 1 Buchstabe c des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen für die Dauer von 30 Tagen.

Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht bei einem vorübergehenden Aufenthalt der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland Versicherungsschutz für 90 Tage innerhalb eines Versicherungsjahres.