VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR BEFRISTETE KRANKENVERSICHERUNGEN DER EXPAT-REIHE FÜR LANGZEITREISEN (VB TEIL II)

EXPAT RETIRED

1.	**VERSICHERER:**	Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstr. 11, D-97070 Würzburg	
2.	**VERSICHERUNGSNEHMERIN:**	BDAE EXPAT GmbH	
3.	**VERSICHERUNGSBERECHTIGTE:**	Natürliche Personen	
4.	**VERSICHERBARE PERSONEN:**	Versicherungsberechtigte, die außerhalb des Landes leben, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, sowie deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gem. der VB Teil I, A, § 1 gegeben ist. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner und Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern der/die Versichersicherungsberechtigte oder der Ehepartner deren Erziehungsberechtigte sind. Eine Weiterversicherung der Kinder über das 18. Lebensjahr hinaus, im Rahmen eines eigenen Versicherungsverhältnisses, ist auf Antrag möglich. Familienangehörige, die die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes besitzen, können mitversichert werden. Das Höchstaufnahmealter beträgt 67 Jahre.	
5.	**VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN:**	Versicherungsbedingungen für befristete Krankenversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen VB Teil I und Teil II (EXPAT RETIRED).	
6.	**GELTUNGSBEREICH:**	Weltweit, mit Ausnahme des Heimatlandes und USA/Kanada/Deutschland. Im jeweiligen Heimatland (mit Ausnahme USA/Kanada) besteht Versicherungsschutz für drei Monate (kumuliert) pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis.	
7.	**BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES:**	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, A, § 4 und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.	
8.	**VERSICHERUNGSJAHR:**	Jeweils vom 01.04. eines jeden Jahres bis zum 31.03. des darauffolgenden Jahres.	
9.	**DAUER DES VERSICHERUNGS-VERHÄLTNISSES:**	Die Laufzeit ist im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages unbefristet.	
10.	**KÜNDIGUNG DES VERSICHE-RUNGSVERHÄLTNISSES:**	1. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen mitzuteilen. 2. Der Versicherungsschutz kann für einzelne versicherte Personen mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Versicherungsjahres vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. 3. Sind Versicherungsberechtigter und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und die Versicherungsnehmerin dieses dem Versicherer bei der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag entsprechend nachweist. Die betroffene versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsberechtigten fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.	
11.	**PRÄMIENZAHLUNG:**	Die Prämie ist eine Jahresprämie, die in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Sie ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.	
12.	**ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND:**	Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ist für jede zu versichernde Person ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Für zu versichernde Personen ab 60 Jahren ist zusätzlich auf eigene Kosten ein ärztliches Gesundheitszeugnis beizubringen. Die Versicherungsnehmerin behält sich eine Risikoprüfung vor und entscheidet über die Annahme des Antrages. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen.	
13.	**LEISTUNGEN:**	**EXPAT RETIRED BASIS**	**EXPAT RETIRED TOP**
13.1	**AMBULANTE HEILBEHANDLUNG:**	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand.	Keine Leistung

Stand: 01.07.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

13.2	**STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG:**	100% für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, im Heimatland in der allgemeinen Pflegeklasse (Bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, B, § 1, Abs. 6). Abweichend von VB Teil I, A, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.	Keine Leistung
13.3	**ARZNEI-, VERBAND- UND HEILMITTEL:**	100%, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.	Keine Leistung
13.4	**ZAHNMEDIZINISCHE HEILBEHANDLUNG:**	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert. Pro Jahr Vertragslaufzeit ist eine einmalige Vorsorgeuntersuchung, jedoch keine Vorsorgebehandlung, mitversichert.	Keine Leistung
13.5	**ZAHNERSATZ/ KIEFERORTHOPÄDISCHE MAßNAHMEN:**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, A, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle die nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten eingetreten sind, für medizinisch notwendigen Zahnersatz bis 80% des Rechnungsbetrages höchstens jedoch: - bis zu 500 EUR pro Versicherungsjahr innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, - bis zu 2.000 EUR in jedem folgenden Versicherungsjahr Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf andere Versicherungsjahre übertragen werden.
13.6	**VORSORGEUNTERSUCHUNGEN:**	Keine Leistung	Ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.
13.7	**LEISTUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG:**	Keine Leistung	Keine Leistung
13.8	**HILFSMITTEL:**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, A, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für die folgenden Hilfsmittel: a) Sehhilfen bis zu 50 EUR pro versicherter Person und Versicherungsjahr; b) Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen in einfacher Ausfertigung.
13.9	**PSYCHOTHERAPIE:**	Keine Leistung	Keine Leistung
13.10	**SONSTIGE LEISTUNGEN:**	a) 100% für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport oder Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: - innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 EUR, - kontinentübergreifend bis 10.000 EUR. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen.	Keine Leistung
13.11	**NACHHAFTUNG:**	Keine Leistung	Keine Leistung
14.	**WARTEZEIT:**	Keine	8 Monate für Zahnersatz.

Stand: 01.07.2014

15.	**MONATSPRÄMIE:**	153,00 EUR	65,00 EUR
		Die oben genannten Prämien erhöhen sich um 25% ab dem ersten Monat des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.	
		Die oben genannten Prämien erhöhen sich um 60% ab dem ersten Monat des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 65 Jahre alt wird.	
15.a	**SELBSTBEHALT:**	250,00 EUR	0,00 EUR
		Der Selbstbehalt gilt jeweils pro Person und Versicherungsjahr. Unterjährige An-/Abmeldungen werden anteilig berechnet.	
16.	**SONSTIGES:**	Ein nachträglicher Wechsel zwischen den Modulen oder eine nachträgliche Hinzunahme des Moduls ist nicht möglich. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Abschluß einer Anwartschaftsversicherung wird angeraten.	

Stand: 01.07.2014

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR BEFRISTETE KRANKENVERSICHERUNGEN EXPAT RETIRED UND EXPAT RESIDENT FÜR LANGZEITREISEN (VB TEIL I - WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG)

TEIL A - ALLGEMEINER TEIL

§ 1 VERSICHERBARE PERSONEN UND VERSICHERUNGSFÄHIGKEIT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Gruppenversicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsberechtigte gestellt werden. Versicherungsberechtigte sind juristische und natürliche Personen gemäß den jeweils zugrundeliegenden Tarifbedingungen.

2. Versicherbar sind natürliche Personen.

3. Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind

   a) dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

   b) Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.

4. Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt nicht nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz.

5. Nicht versicherbar sind natürliche Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland, bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag die Gesamtversicherungsdauer aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von 5 Jahren überschritten hat.

§ 2 ABSCHLUSS UND BEENDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

1. Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.

2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

3. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes.

§ 3 PRÄMIE, LEISTUNGSANPASSUNG, VERSICHERUNGSJAHR

1. Die Versicherungsnehmerin hat das Recht, einzelne versicherte Personen wegen Nichtzahlung der Prämie aus dem Gruppenversicherungsvertrag abzumelden.

2. Der Versicherer ist berechtigt, zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine Änderung der Prämie oder des Umfangs der Versicherungsleistung vorzunehmen, sofern er dies der Versicherungsnehmerin mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des tariflich vereinbarten Versicherungsjahres mitteilt.

3. Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen für befristete Krankenversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen VB Teil II.

4. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, eine Anpassung der Prämie oder der Versicherungsleistung mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende des tariflich vereinbarten Versicherungsjahres den Versicherungsberechtigten und der versicherten Personen schriftlich mitzuteilen.

§ 4 GELTUNGSBEREICH, BEGINN, DAUER UND ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen eines befristeten Aufenthaltes im tariflich vereinbarten Geltungsbereich aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),

   a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im tariflich vereinbarten Geltungsbereich;

   b) nicht vor Eintritt der tariflichen Versicherbarkeit der versicherten Person;

   c) nicht vor Zahlung der Prämie;

   d) nicht vor Ablauf tariflich vereinbarter Wartezeiten.

2. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.

3. Für Versicherungsfälle, die während der tariflich vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.

4. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird im jeweiligen Tarif festgelegt.

5. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:

   a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person, spätestens jedoch mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer des gewählten Tarifs;

   b) mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der im Tarif festgelegten Fristen und Voraussetzungen;

   c) mit dem Tod der versicherten Person;

   d) mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, A, §1;

   e) zum Ende des Monats der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im tariflich vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;

   f) sobald die tariflichen Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;

   g) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

§ 5 GEGENSTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES UND UMFANG DER LEISTUNGSPFLICHT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer leistet je nach versichertem Tarif Entschädigung für akut und unerwartet während des Aufenthaltes im tariflich vereinbarten Geltungsbereich eintretende Versicherungsfälle.

2. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, den gewählten Tarifen, den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

§ 6 ALLGEMEINE EINSCHRÄNKUNGEN DER LEISTUNGSPFLICHT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Schäden durch Kern-

Stand: 01.01.2015

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

energie, sowie für solche Ereignisse, die auf vorsätzliches Handeln der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person zurückzuführen sind.

2. Keine Leistungspflicht besteht für:

   a) die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen. Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden sind.

   b) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;

   c) Behandlungen während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Krankenhausaufenthalt. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall behandlungsbedürftig arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

   d) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;

   e) Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose, Psychoanalyse und Psychotherapie;

   f) Immunisierungsmaßnahmen;

   g) Hilfsmittel;

   h) Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen sowie dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen;

   i) Vorsorgeuntersuchungen;

   j) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder, in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen oder Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

   k) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch berufsmäßige Teilnahme an sportlichen, von Verbänden und Vereinen veranstalteten Wettkämpfen und deren Vorbereitung verursacht werden oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

   l) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

   m) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung von World Health Organisation empfohlener oder gesetzlich vorgeschriebener Schutzimpfungen auftreten, es sei denn, dass medizinische Gründe der Schutzimpfung entgegenstehen. In diesem Falle sind die medizinischen Gründe dem Versicherer durch ein ärztliches Attest zu belegen.

   n) Behandlungen eines Abhängigkeitssyndroms und deren Folgen;

   o) Selbstmordversuche und deren Folgen;

   p) Organspenden und deren Folgen;

   q) Zahnersatz (wie z.B. Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen.

Hinweis: Bitte beachten Sie die zusätzlichen Bestimmungen zu den Ausschlüssen in VB Teil I, B.

§ 7 OBLIEGENHEITEN UND FOLGEN VON OBLIEGENHEITSVERLETZUNGEN

1. Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles

   a) alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;

   b) alle Schäden, die voraussichtlich eine Summe von 1.000,00 EUR überschreiten, dem Versicherer oder dessen Beauftragten unverzüglich anzuzeigen;

   c) dem Versicherer oder dessen Beauftragten jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen, sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.

2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

3. Beginn und Ende, sowie die Unterbrechung eines Aufenthaltes im tariflich vorgesehenen Geltungsbereich, sowie das Vorliegen der tariflichen Voraussetzung auf Versicherungsfähigkeit sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

4. Verletzt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte 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 der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person.

5. Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.

§ 8 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum des Versicherers - erbracht sind:

   a) Bezahlte Original-Belege, die den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Namen und Anschrift des Behandlers, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungs-Zweitschriften. Werden fremdsprachige Belege eingereicht, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, sind auf Verlangen des Versicherers deutsch- oder englischsprachige Übersetzungen beizubringen.

   b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.

   c) Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen.

   d) Zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.

2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen vereinbart werden.

4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, auch nicht auf andere Weise eine Leistungsprüfung ermöglicht wird, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Leistung nicht fällig.

6. 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 der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gehindert sind.

7. Ansprüche aus diesem Gruppenversicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 9 ENTSCHÄDIGUNG AUS ANDEREN VERSICHERUNGSVERTRÄGEN UND ANSPRÜCHE GEGEN DRITTE

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall über diesen Gruppenversicherungsvertrag zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.

Stand: 01.01.2015

2. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

3. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder 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 die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

§ 10 AUFRECHNUNG

Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter oder versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11 WILLENSERKLÄRUNGEN UND ANZEIGEN

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Text-form (Brief, Fax, E-Mail, Elektronischer Datenträger, etc). Die versicherte Person hat ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag gegen den Versicherer geltend zu machen.

§ 12 ANZUWENDENDES RECHT / VERTRAGSSPRACHE

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

§ 13 ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 14 AUFSICHTSBEHÖRDE UND BESCHWERDESTELLEN

Sollten Sie mit einer Leistung oder Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte direkt an den jeweiligen Versicherer.

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist das Bundesaufsichtsamt für Finanzdienstleistungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Würzburger Versicherungs-AG ist Mitglied im Verein PKV-Ombudsmann. Versicherten Personen, in Tarifen deren Versicherer die Würzburger Versicherungs-AG ist, eröffnet sich daher ein besonderer Service, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222
10052 Berlin
Tel.: 0800 2 55 04 44
Fax: 030 20 45 89 31
www.pkv-ombudsmann.de

TEIL B – BESONDERER TEIL ZU DEN EINZELNEN VERSICHERUNGEN

JEWEILIGER ABSCHNITT GÜLTIG IN ABHÄNGIGKEIT VOM GEWÄHLTEN VERSICHERUNGSSCHUTZ UND TARIF

§ 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit dem Eintritt in die 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.

2. Sofern der Tarif entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:

   a) ärztliche Behandlungen einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat sowie Behandlungen wegen Fehlgeburt;

   b) durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;

   c) Entbindungen nach Ablauf der tariflich vereinbarten Wartezeit;

   d) Ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);

   e) Tod.

3. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Bedingungen und dem jeweils gewählten Tarif.

4. Im tariflich vereinbarten Geltungsbereich steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland niedergelassenen, gesetzlich anerkannten und approbierten Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern sowie Hebammen frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für ihren Berufsstand - sofern vorhanden - oder die ortsübliche Gebühr abrechnen.

5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in VB Teil I, B, §1, Abs. 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).

7. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzung von VB Teil I, B, § 1, Abs. 6, erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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 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 schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

9. Der Versicherer leistet im tariflich vereinbarten Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch einen versicherten Leistungsfall eintritt.

10. Der Versicherer leistet im tariflich vereinbarten Umfang die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Heimatland oder am ständigen Wohnsitz der versicherten Person. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn nachgewiesen wird, dass im vereinbarten Geltungsbereich eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und der Rücktransport vom Arzt des Versicherers befürwortet wird. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

§ 2 EINSCHRÄNKUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

1. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und Krankenanstalten oder Hebammen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherer den Versicherungsberechtigten und die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles über den nicht mehr zu erstattenden Behandler informiert hat. Sofern vor der Benachrichtigung ein Versicherungsfall eingetreten ist, besteht für den betroffenen Behandler die tarifgemäße Leistungspflicht für maximal drei Monate gerechnet ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung ortsüblich nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stand: 01.01.2015

§ 3 BESONDERE OBLIEGENHEITEN NACH EINTRITT DES VERSICHERUNGSFALLES

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.

2. Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.

3. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, besteht eine solche oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, sind der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

4. Schwangerschaften sind, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, innerhalb von 4 Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzuzeigen.

5. Medizinisch notwendige Rücktransporte sind vor deren Durchführung dem Versicherer anzuzeigen.

6. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus VB Teil I, A § 7, Abs. 4.

Stand: 01.01.2015

PATIENTEN-RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG FÜR BDAE-VERSICHERTE

NEU: ERSTMALS WELTWEITER PATIENTEN-RECHTSSCHUTZ

Zusätzlich zu Ihrer Auslandskrankenversicherung hat Ihr BDAE für Sie kostenfrei eine Patienten-Rechtsschutzversicherung für das Ausland abgeschlossen. Dabei handelt es sich um eine von dem renommierten Rechtsschutzversicherer ARAG entwickelte Absicherung, die es in ihrer Art erst seit Anfang 2010 gibt. Dank einer Kooperation Ihres BDAE mit der ARAG gilt der Patienten-Rechtsschutz für Sie auf der ganzen Welt.

WAS IST ABGESICHERT?

Die Versicherungspolice greift, wenn Ärzte oder ärztliches Personal Behandlungsfehler gemacht haben, durch die Sie in irgendeiner Weise zu Schaden kommen. Zwar ist Vertrauen die Basis der Arzt-Patienten-Beziehung, doch auch Mediziner können Fehler machen. Für Patienten ist es dann oft besonders schwierig, in der komplizierten Auseinandersetzung um einen Behandlungsfehler zu ihrem Recht zu kommen. Zumal Patienten dann für gewöhnlich die Auseinandersetzung nicht mehr direkt mit dem behandelnden Arzt, sondern mit der Berufshaftpflichtversicherung des Mediziners führen müssen.

Versichert sind Rechtsfälle in Höhe von je bis zu einer Million Euro weltweit. Bis zu dieser Höhe übernimmt die ARAG sämtliche Anwalts- und Gerichtskosten. Auf Wunsch empfiehlt Ihnen der Versicherer außerdem einen Anwalt für Medizinrecht. Darüber hinaus bietet Ihnen die ARAG einen Online-Recht-Service, wo Ihnen über 1.000 Musterschreiben und -verträge rund um die Bereiche Arbeit, Familie und Verkehr zur Verfügung stehen. Das Team von dem ARAG-JuraTel® steht Ihnen ebenfalls für eine telefonische Erstberatung aufgrund eines Schadenersatz-Anspruchs oder wegen des Vorwurfs eines strafrechtlichen Vergehens zur Seite. Darüber hinaus ist pro Kalenderjahr ein Beratungsgespräch mit einem in Deutschland zugelassenen Rechtsanwalt zur Erstellung oder Änderung einer Patientenverfügung einschließlich Vorsorgevollmacht bis zu 250 Euro versichert.

WANN LIEGEN BEHANDLUNGS- UND AUFKLÄRUNGSFEHLER VOR?

Nicht nur die viel zitierte Schere, die der Chirurg während der OP im Bauch vergessen hat, gilt als Behandlungsfehler, sondern beispielsweise auch falsche Angaben zur Dosierung eines Medikaments. Als Behandlungsfehler wird somit die nicht angemessene, insbesondere nicht sorgfältige, nicht richtige oder nicht zeitgerechte Behandlung des Patienten durch einen Arzt bezeichnet. Ist vor der Behandlung die Aufklärung durch den Arzt über Notwendigkeit und Risiken der Behandlung nicht erfolgt, handelt es sich um einen – ebenfalls versicherten – Aufklärungsfehler. Dies gilt nicht nur für Ärzte, sondern etwa auch für Krankenhauspersonal, Psychotherapeuten, Apotheker oder Pflegedienste. Sie alle sind Ärzten im Patienten-Rechtsschutz gleichgestellt.

ÜBER DIE ARAG ALLGEMEINE RECHTSSCHUTZ-VERSICHERUNGS-AG

Der ARAG Konzern ist ein international anerkannter unabhängiger Partner für Recht und Schutz und gilt als das größte Familienunternehmen in der deutschen Assekuranz. Außerhalb Deutschlands ist die ARAG in weiteren zwölf europäischen Ländern und den USA für ihre Kunden aktiv. Auf dem US-amerikanischen Rechtsschutzmarkt nimmt die ARAG heute eine Spitzenposition ein. Darüber hinaus ist der Konzern in Spanien und Italien mit seinen Rechtsschutzprodukten Marktführer. Der BDAE kooperiert seit 2008 mit dem Unternehmen. Gemeinsam haben die ARAG und der BDAE die erste weltweit gültige Auslands-Rechtsschutzversicherung entwickelt.

Stand: 01.07.2014

• BDAE HOLDING GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 79790 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ

MEDIZINISCHE ASSISTANCE FÜR BDAE-VERSICHERTE UND BDAE-MITGLIEDER

Wer im Ausland medizinische Hilfe benötigt, legt Wert auf eine schnelle, kompetente und reibungslose Unterstützung. Deshalb hat die BDAE GRUPPE ein Assistance-Programm mit den entsprechenden Hilfs-, Notfall- und Service-Angeboten in ihr Versicherungskonzept integriert. Die folgenden Assistance-Leistungen stellt der BDAE seinen Versicherten und Mitgliedern in Kooperation mit dem Spezialisten AGA Service Deutschland GmbH zur Verfügung:

24 H NOTFALLBEREITSCHAFT DES BDAE UNTER
+49 - 40 - 30 68 74 - 74

- Mehrsprachige, qualifizierte 24-Stunden-Notfall-Hotline
- Ein weltweites Netzwerk medizinischer Service-Anbieter
- Informationen über (zahn)medizinische Leistungsträger (z.B. Namen, Adressen und Telefonnummern sowie Sprechzeiten von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Kliniken innerhalb der aktuellen Aufenthaltsregion)
- Beratung von Patienten in Routine- und Notfällen
- Hilfe bei der Vereinbarung von Behandlungsterminen mit Krankenhäusern und Ärzten bei ambulanter Behandlung
- Organisation der Aufnahme in ein Krankenhaus im Krankheitsfall
- Unterstützung und Betreuung von Angehörigen durch Bereitstellung von länderspezifischen Daten und Informationen rund um die Gesundheitsversorgung
- Informationsvermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus sowie ggf. Nachrichtenübermittlungs-Service
- Unterstützung bei der Beschaffung und dem Versand von rezeptpflichtigen Medikamenten (soweit gesetzlich gestattet)
- Organisation von Dolmetschern und Übersetzungsdiensten
- Weltweiter Zugriff auf medizinische Informationen in deutscher und englischer Sprache
- Beratung und Unterstützung bei Verlust von wichtigen Dokumenten und Zahlungsmitteln

Zusätzlich zu den oben aufgeführten Assistance-Leistungen übernimmt der BDAE auf Anfrage die Kosten für weitere Dienstleistungen, für welche die ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE die Autorisierung direkt beim BDAE und dessen Risikoträger (Versicherer) einholt. Darunter fallen:

- Organisation von Notfall-Evakuierungen sowie Verlegungen in geeignete Krankenhäuser im medizinisch notwendigen Fall
- Organisation und Durchführung von Repatriierungen bis zu 250.000 Euro pro Schadenereignis
- Durchführung und Kostenübernahme der Überführung im Todesfall bis zu 10.000 Euro

Diese Leistungen können BDAE-Versicherte und -Mitglieder an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr abrufen. Um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren, halten Sie bitte bei der Kontaktaufnahme mit ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE stets Ihre BDAE-Versicherten- oder -Mitgliedsnummer bereit.

Stand: 18.09.2014

• BDAE HOLDING GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 79790 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ

RECHTSBELEHRUNG NACH § 19 ABS. 5 SATZ 1 VVG

RECHTSBELEHRUNG DURCH WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG (VERSICHERER)

MITTEILUNG NACH § 19 ABS. 5 VVG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER GESETZLICHEN ANZEIGEPFLICHT

Damit der Versicherer Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die in den Antragsunterlagen gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem Versicherer schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

WELCHE VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHTEN BESTEHEN?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

WELCHE FOLGEN KÖNNEN EINTRETEN, WENN EINE VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT VERLETZT WIRD?

1. RÜCKTRITT UND WEGFALL DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Verletzen Sie und/oder die zu versichernde Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen ihm nach, dass Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht ursächlich war. Seine Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. KÜNDIGUNG

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. VERTRAGSÄNDERUNG

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf sein Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil, wenn Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt haben. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird der Versicherer Sie in seiner Mitteilung hinweisen.

4. AUSÜBUNG DER RECHTE DES VERSICHERERS (§ 21 VVG)

Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung kann er sich nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist verlängert sich auf zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. ARGLISTIGE TÄUSCHUNG (§ 22 VVG)

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

6. STELLVERTRETUNG DURCH EINE ANDERE PERSON (§ 20 VVG)

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte des Versicherers sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, können Sie sich nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Ort, Datum:

Unterschriften:
(Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

Stand: 01.07.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Würzburger Versicherungs-AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z .B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance, Rückversicherung weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Würzburger Versicherungs-AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Würzburger Versicherungs-AG selbst (unter 1.)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. ERHEBUNG, SPEICHERUNG UND NUTZUNG DER VON IHNEN MITGETEILTEN GESUNDHEITSDATEN DURCH DIE WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. ABFRAGE VON GESUNDHEITSFRAGEN BEI DRITTEN

2.1. ABFRAGE VON GESUNDHEITSFRAGEN BEI DRITTEN ZUR RISIKOBEURTEILUNG UND ZUR PRÜFUNG DER LEISTUNGSPFLICHT

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Würzburger Versicherungs-AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Würzburger Versicherungs-AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Würzburger Versicherungs-AG übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Würzburger Versicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Würzburger Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

☐ Ich wünsche, dass mich die Würzburger Versicherungs-AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Würzburger Versicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Würzburger Versicherungs-AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Würzburger Versicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Stand: 01.11.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

2.2. ERKLÄRUNGEN FÜR DEN FALL IHRES TODES

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Würzburger Versicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

☐ Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

☐ Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. WEITERGABE IHRER GESUNDHEITSDATEN UND WEITERER NACH § 203 STGB GESCHÜTZTER DATEN AN STELLEN AUSSERHALB DER WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG

Die Würzburger Versicherungs-AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. DATENWEITERGABE ZUR MEDIZINISCHEN BEGUTACHTUNG

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Würzburger Versicherungs-AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Würzburger Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Würzburger Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. ÜBERTRAGUNG VON AUFGABEN AUF ANDERE STELLEN (UNTERNEHMEN ODER PERSONEN)

Die Würzburger Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die BDAE Expat GmbH, als Versicherungsnehmerin, führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die BDAE Expat GmbH und die Würzburger Versicherungs-AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.bdae.com/de/downloads/Dienstleisterliste.pdf eingesehen oder bei dem Datenschutzbeauftragten der BDAE Gruppe, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, email: datenschutzbeauftragter@bdae.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir und die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Würzburger Versicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Würzburger Versicherungs-AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. DATENWEITERGABE AN RÜCKVERSICHERUNGEN

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Würzburger Versicherungs-AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Würzburger Versicherungs-AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Würzburger Versicherungs-AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Würzburger Versicherungs-AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Würzburger Versicherungs-AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Würzburger Versicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. DATENWEITERGABE AN SELBSTSTÄNDIGE VERMITTLER

Die Würzburger Versicherungs-AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Stand: 01.11.2014

4. SPEICHERUNG UND VERWENDUNG IHRER GESUNDHEITSDATEN WENN DER VERTRAG NICHT ZUSTANDE KOMMT

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Würzburger Versicherungs-AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Würzburger Versicherungs-AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Würzburger Versicherungs-AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Stand: 01.11.2014

Ort, Datum:

Unterschriften:
(Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

KRANKENVERSICHERUNG FÜR PERSONEN MIT WOHNSITZ IM AUSLAND

ANTRAG EXPAT RETIRED

ANTRAGSTELLER(IN)/VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

Name:	Vorname(n):	Derz. Beruf:
		BDAE Mitgl.-Nr., sofern vorhanden:
Anschrift:		
Fon:	Fax:	E-Mail:

ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERKEHR:

Zahlweise:*	☐jährlich	☐halbjährlich (+2%)	☐vierteljährlich (+3%)	☐monatlich (+5%)
Bank:	IBAN:		BIC:	
Kreditkarte (+6%):*	☐Master-/Eurocard ☐Visa ☐Diners	Gültig bis:	Karten-Nr.:	

Konto-/Karteninhaber, falls nicht Antragsteller (bitte zusätzlich unten unterschreiben lassen):

ANGABEN ZU WEITEREN KRANKENVERSICHERUNGEN:

Besteht eine weitere Krankenversicherung*?	☐Nein ☐Ja, bei:	Vers.-Nr.:

FOLGENDE PERSONEN SOLLEN VERSICHERT WERDEN: (Bitte Antragsteller(in) mit berücksichtigen!)

Name, Vorname(n)	Nationalität	Geschlecht* m	w	Geburtsdatum	Tarifauswahl* EXPAT RETIRED BASIS	TOP	Geplantes Aufenthaltsland	Monatsbeitrag ges. (EUR)	Vers.-beginn (Monat/Jahr)

(*bitte ankreuzen)

Hiermit beantrage(n) ich/wir Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherung der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen Teil I und Teil II: Tarif EXPAT RETIRED für die oben aufgeführten Personen durch Anmeldung als versicherte Personen beim Versicherer.

Die Gesamtprämie ist entsprechend der gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Die Einzugsermächtigung für o.a. Kontoverbindung oder Kreditkarte wird hiermit gegenüber der BDAE Holding GmbH, welche von der BDAE Expat GmbH zur Vertragsverwaltung sowie zum Inkasso bevollmächtigt ist, erteilt. Der Einzug ist erkennbar an der Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000131378. Die persönliche Mandatsreferenznummer wird auf der Versicherungsbestätigung mitgeteilt. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BDAE Holding GmbH für den Versicherer gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Die Prämie ist nach Zugang der Bestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn fällig. Mir/uns ist bekannt, dass die Versicherungsnehmerin im Falle einer vom Versicherungsberechtigten zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung der jeweils fälligen Prämie und Nebenkosten die oben aufgeführten Personen nicht beim Versicherer als versicherte Person anmeldet, beziehungsweise wieder abmeldet. Mir/uns ist bekannt, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.

Ort, Datum:	Unterschriften:
	(Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen, ggf. anderer Konto-/ Karteninhaber)

Versicherer: Würzburger Versicherungs-AG
Versicherungsnehmerin: BDAE EXPAT GmbH

Stand: 01.07.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

WIDERRUFSRECHT

1. WIDERRUFSRECHT

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Versicherungsbestätigung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: BDAE EXPAT GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Fax: +49-40-30 68 74-90, E-Mail: info@bdae.com.

2. WIDERRUFSFOLGEN

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und es werden die von Ihnen im Rahmen des Vertragsverhältnisses gezahlten Beträge vollständig erstattet. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

3. BESONDERE HINWEISE

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

Stand: 19.10.2016

Anlage zum Widerrufsrecht

AUSZUG AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG) UND VVG-INFORMATIONSPFLICHTENVERORDNUNG (VVG-INFOV)

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei nur um einen Auszug handelt und somit nicht das komplette VVG abbildet.

§7 VVG Information des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor Abgabe von dessen Vertragserklärung seine Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Informationen in Textform mitzuteilen. Die Mitteilungen sind in einer dem eingesetzten Kommunikationsmittel entsprechenden Weise klar und verständlich zu übermitteln. Wird der Vertrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers telefonisch oder unter Verwendung eines anderen Kommunikationsmittels geschlossen, das die Information in Textform vor der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers nicht gestattet, muss die Information unverzüglich nach Vertragsschluss nachgeholt werden; dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer durch eine gesonderte schriftliche Erklärung auf eine Information vor Abgabe seiner Vertragserklärung ausdrücklich verzichtet.

(2) Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zum Zweck einer umfassenden Information des Versicherungsnehmers festzulegen,

1. welche Einzelheiten des Vertrags, insbesondere zum Versicherer, zur angebotenen Leistung und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie zum Bestehen eines Widerrufsrechts, dem Versicherungsnehmer mitzuteilen sind,
2. welche weiteren Informationen dem Versicherungsnehmer bei der Lebensversicherung, insbesondere über die zu erwartenden Leistungen, ihre Ermittlung und Berechnung, über eine Modellrechnung sowie über die Abschluss- und Vertriebskosten und die Verwaltungskosten, soweit eine Verrechnung mit Prämien erfolgt, und über sonstige Kosten mitzuteilen sind,
3. welche weiteren Informationen bei der Krankenversicherung, insbesondere über die Prämienentwicklung und -gestaltung sowie die Abschluss- und Vertriebskosten und die Verwaltungskosten, mitzuteilen sind,
4. was dem Versicherungsnehmer mitzuteilen ist, wenn der Versicherer mit ihm telefonisch Kontakt aufgenommen hat und
5. in welcher Art und Weise die Informationen zu erteilen sind.

Bei der Festlegung der Mitteilungen nach Satz 1 sind die vorgeschriebenen Angaben nach der Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/ EWG und 88/357/EWG (ABl. EG Nr. L 228 S. 1), der Richtlinie 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher und zur Änderung der Richtlinie 90/619/EWG des Rates und der Richtlinien 97/7/EG und 98/27/EG (ABl. EG Nr. L 271 S. 16) sowie der Richtlinie 2002/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. November 2002 über Lebensversicherungen (ABl. EG Nr. L 345 S. 1) zu beachten.

§1 VVG-InfoV - Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat, wenn es einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Anbieter, wenn der Versicherungsnehmer mit dieser geschäftlich zu tun hat, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber dem Versicherungsnehmer tätig wird;
3. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer, seinem Vertreter oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und dem Versicherungsnehmer maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten;
4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen, die nicht unter die Richtlinie 94/19/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Mai 1994 über Einlagensicherungssysteme (ABl. EG Nr. L 135 S. 5) und die Richtlinie 97/9/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. März 1997 über Systeme für die Entschädigung der Anleger (ABl. EG Nr. L 84 S. 22) fallen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
6. a) die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen;
   b) die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die dem Versicherungsnehmer eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
8. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden; anzugeben sind auch alle Kosten, die dem Versicherungsnehmer für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
10. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

Stand: 10.11.2016

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG • FON +49-40-30 68 74-0 • FAX +49-40-30 68 74-90 • info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

11. gegebenenfalls den Hinweis, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind, oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen;
12. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
13. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den der Versicherungsnehmer im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen hat;
14. Angaben zur Laufzeit und gegebenenfalls zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
15. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen;
16. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
17. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
18. die Sprachen, in welchen die Vertragsbedingungen und die in dieser Vorschrift genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in welchen sich der Versicherer verpflichtet, mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
19. einen möglichen Zugang des Versicherungsnehmers zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
20. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

(2) Soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen nach Absatz 1 Nr. 3, 13 und 15 einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form.

§2 VVG-InfoV - Informationspflichten bei der Lebensversicherung, der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr

(1) Bei der Lebensversicherung hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes zusätzlich zu den in § 1 Abs. 1 genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind;
7. bei fondsgebundenen Versicherungen Angaben über die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte;
8. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;
9. bei Lebensversicherungsverträgen, die Versicherungsschutz für ein Risiko bieten, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist, die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase.

(2) Die Angaben nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 4 und 5 haben in Euro zu erfolgen. Bei Absatz 1 Nr. 6 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass das Ausmaß der Garantie in Euro anzugeben ist.

(3) Die vom Versicherer zu übermittelnde Modellrechnung im Sinne von § 154 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ist mit folgenden Zinssätzen darzustellen:

1. dem Höchstrechnungszinssatz, multipliziert mit 1,67,
2. dem Zinssatz nach Nummer 1 zuzüglich eines Prozentpunktes und
3. dem Zinssatz nach Nummer 1 abzüglich eines Prozentpunktes.

(4) Auf die Berufsunfähigkeitsversicherung sind die Absätze 1 und 2 entsprechend anzuwenden. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

(5) Auf die Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr sind Absatz 1 Nr. 3 bis 8 und Absatz 2 entsprechend anzuwenden.

Stand: 10.11.2016

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG • FON +49-40-30 68 74-0 • FAX +49-40-30 68 74-90 • info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

AUSZUG AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG) UND VVG-INFORMATIONSPFLICHTENVERORDNUNG (VVG-INFOV)

§3 VVG-InfoV - Informationspflichten bei der Krankenversicherung

(1) Bei der substitutiven Krankenversicherung (§ 146 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes zusätzlich zu den in § 1 Abs. 1 genannten Informationen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Standardtarif oder Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen, sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Standardtarif oder Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatliche Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie der Antragsteller mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

(2) Die Angaben zu Absatz 1 Nr. 1, 2 und 7 haben in Euro zu erfolgen.

§4 VVG-InfoV - Produktinformationsblatt

(1) Ist der Versicherungsnehmer ein Verbraucher, so hat der Versicherer ihm ein Produktinformationsblatt zur Verfügung zu stellen, das diejenigen Informationen enthält, die für den Abschluss oder die Erfüllung des Versicherungsvertrages von besonderer Bedeutung sind.

(2) Informationen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Angaben zur Art des angebotenen Versicherungsvertrages;
2. eine Beschreibung des durch den Vertrag versicherten Risikos und der ausgeschlossenen Risiken;
3. Angaben zur Höhe der Prämie in Euro, zur Fälligkeit und zum Zeitraum, für den die Prämie zu entrichten ist, sowie zu den Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung;
4. Hinweise auf im Vertrag enthaltene Leistungsausschlüsse;
5. Hinweise auf bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und die Rechtsfolgen ihrer Nichtbeachtung;
6. Hinweise auf während der Laufzeit des Vertrages zu beachtende Obliegenheiten und die Rechtsfolgen ihrer Nichtbeachtung;
7. Hinweise auf bei Eintritt des Versicherungsfalles zu beachtende Obliegenheiten und die Rechtsfolgen ihrer Nichtbeachtung;
8. Angabe von Beginn und Ende des Versicherungsschutzes;
9. Hinweise zu den Möglichkeiten einer Beendigung des Vertrages.

(3) Bei der Lebensversicherung mit Überschussbeteiligung ist Absatz 2 Nr. 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass zusätzlich auf die vom Versicherer zu übermittelnde Modellrechnung gemäß § 154 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes hinzuweisen ist.

(4) Bei der Lebensversicherung, der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Krankenversicherung ist Absatz 2 Nr. 3 mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Abschluss- und Vertriebskosten und die Verwaltungskosten (§ 2 Abs. 1 Nr. 1, § 3 Abs. 1 Nr. 1) sowie die sonstigen Kosten (§ 2 Abs. 1 Nr. 2, § 3 Abs. 1 Nr. 2) jeweils in Euro gesondert auszuweisen sind.

(5) Das Produktinformationsblatt ist als solches zu bezeichnen und den anderen zu erteilenden Informationen voranzustellen. Die nach den Absätzen 1 und 2 mitzuteilenden Informationen müssen in übersichtlicher und verständlicher Form knapp dargestellt werden; der Versicherungsnehmer ist darauf hinzuweisen, dass die Informationen nicht abschließend sind. Die in Absatz 2 vorgegebene Reihenfolge ist einzuhalten. Soweit die Informationen den Inhalt der vertraglichen Vereinbarung betreffen, ist auf die jeweils maßgebliche Bestimmung des Vertrages oder der dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinzuweisen.

Stand: 10.11.2016

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG • FON +49-40-30 68 74-0 • FAX +49-40-30 68 74-90 • info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

EXPAT RETIRED

ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND GEGENÜBER WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG (VERSICHERER)

ANTRAGSTELLER(IN)/VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

Name: Vorname(n):

Die nachstehenden Fragen bitte vollständig beantworten. Geben Sie bitte auch an, was als unwesentlich empfunden, bzw. nicht als Krankheit empfunden wurde, und zwar auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt oder nur Arzneimittel eingenommen wurden bzw. keine Arbeitsunfähigkeit deswegen bestand. Mit unrichtigen oder unvollständigen Antworten gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz!

ANGABEN ZU DEN ZU VERSICHERNDEN PERSONEN:		**1. PERSON**	**2. PERSON**
Die nachstehenden Fragen sind für jede im Antrag aufgeführte zu versichernde Person nach deren Angaben, bei Minderjährigen nach Angaben deren Erziehungsberechtigter auszufüllen. Bitte verwenden Sie bei mehr als zwei zu versichernden Personen weitere dieser Blätter.	Name:		
	Vorname(n):		
	Geburtsdatum:		
	Größe:	cm	cm
	Gewicht:	kg	kg
1. Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen? (Einschließlich Zähne!)		☐Ja ☐Nein	☐Ja ☐Nein
2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren täglich oder annähernd täglich Medikamente, Alkohol oder Drogen zu sich?		☐Ja ☐Nein	☐Ja ☐Nein
3. Ist eine Untersuchung, Kontrolle, Behandlung oder Operation notwendig, vorgesehen, angeraten, aber noch nicht durchgeführt? Bitte auch zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, kieferorthopädische oder Parodontosebehandlungen berücksichtigen!		☐Ja ☐Nein	☐Ja ☐Nein
4. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante oder stationäre Untersuchungen / Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseure oder in Krankenhäusern statt? (Bitte auch Aufenthalte in Kurkliniken oder Sanatorien angeben.)		☐Ja ☐Nein	☐Ja ☐Nein
5. Nur wenn der Tarifbaustein EXPAT RETIRED TOP beantragt ist: Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)? Bitte geben Sie ggf. die Dioptrienzahl links und rechts an!		☐Ja ☐Nein links: _____ rechts: _____	☐Ja ☐Nein links: _____ rechts: _____

Erläuterungen zu mit "Ja" beantworteten Fragen (Angabe der Person(en) und der Ziffer(n) der Fragen/ggf. Beiblatt verwenden):

Versicherte Person	Zu Frage Nr.	genaue Krankheitsbezeichnung Art der Beschwerde	durchgeführte Behandlung(en) stationär/ambulant?	Zeitraum	Bestehen Folgen? Wenn ja, welche?

Welche(r) Arzt/Ärzte können zu o.a. Fragen Auskunft geben? Sofern alle Fragen mit "Nein" beantwortet wurden, nennen Sie bitte den behandelnden Arzt / Hausarzt mit Angabe von Name , Fachrichtung und genauer Adresse, der am besten Auskunft geben kann.

1. Person: _____

2. Person: _____

Ort, Datum: Unterschriften:

(Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

Stand: 01.07.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

ÄRZTLICHES ZEUGNIS ZUM ANTRAG AUF ABSCHLUSS DER KRANKENVERSICHERUNG EXPAT RESIDENT
DIE KOSTEN DER UNTERSUCHUNG TRÄGT DER ANTRAGSTELLER! VORZULEGEN AB EINTRITTSALTER 60 JAHRE

ÄRZTLICHES ZEUGNIS GEGENÜBER WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG (VERSICHERER)

ANTRAGSTELLER(IN)/VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

Name:	Vorname(n):	Geburtsdatum:
Anschrift:		

1. ERKLÄRUNG VOR DEM ARZT:

		ANTWORT	FALLS JA: WELCHE, WO BEHANDELT (ARZT), BEFUNDE	WANN?
1.a	Bestehen zur Zeit Beschwerden, Erkrankungen oder Unfallfolgen?	☐Ja ☐Nein		
1.b	Besteht oder bestand eine chronische bzw. wiederkehrende Erkrankung?	☐Ja ☐Nein		
1.c	Sind Sie in den letzten drei Jahren durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseure...) untersucht, beraten oder behandelt worden oder waren Sie - auch zeitweise - arbeitsunfähig?	☐Ja ☐Nein		
1.d	Sind Operationen und Behandlungen durchgeführt, vorgesehen oder angeraten?	☐Ja ☐Nein		
1.e	Fand in den letzten 5 Jahren eine stationäre Behandlung (auch Kurklinik, Sanatorium o. ä.) statt?	☐Ja ☐Nein		
1.f	Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte Laborwerte beifügen.	☐Ja ☐Nein		
1.g	Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z. B. im Rahmen eines Aids-Tests?	☐Ja ☐Nein		
1.h	Fand oder findet eine Zytostatikabehandlung statt?	☐Ja ☐Nein		
1.i	Werden oder wurden regelmäßig Medikamente, Alkohol oder Drogen genommen?	☐Ja ☐Nein		
1.j	Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen)? Wenn ja: bitte Dioptrienzahl angeben.	☐Ja ☐Nein		
1.k	Welchen Arzt nehmen Sie üblicherweise in Anspruch? (Hausarzt)			
1.l	Wieviele nicht endgültig ersetzte Naturzähne (ohne Weisheitszähne) fehlen?			
1.m	Ist eine zahnärztliche Behandlung, insbesondere wegen Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Parodontose notwendig?	☐Ja ☐Nein		
1.n	Besteht eine Schwangerschaft?	☐Ja ☐Nein		

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die obigen Fragen, die mir vom Arzt einzeln vorgelesen wurden, persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort/Datum:

Unterschrift des Antragstellers:

Anamnese erhoben: (Stempel/Unterschrift des Arztes)

Stand: 01.07.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

UNTERSUCHUNGSBEFUND FÜR:			
Name:		Vorname(n):	
2.	**ALLGEMEIN:**		
		ANTWORT	**BEFUND/ABWEICHUNG/ERLÄUTERUNG**
2.a	Haben Sie die Person bereits untersucht, beraten oder behandelt?	☐Ja ☐Nein	
2.b	Größe: Gewicht:	cm kg	
2.c	Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	☐Ja ☐Nein	
2.d	Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	☐Ja ☐Nein	
2.e	Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	☐Ja ☐Nein	
2.f	Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	☐Ja ☐Nein	
2.g	Ist das Reflexverhalten normal?	☐Ja ☐Nein	
2.h	Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	☐Ja ☐Nein	
2.i	Hat die Schilddrüse eine normale Form?	☐Ja ☐Nein	
2.j	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	☐Ja ☐Nein	
3.	**HERZ, KREISLAUF:**		
3.a	Puls in Ruhe Puls nach 10 Kniebeugen Rückkehr zur Norm in	 	 Minuten
3.b	Blutdruck in Ruhe Blutdruck nach 10 Kniebeugen	/ /	mm Hg mm Hg
3.c	Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	☐Ja ☐Nein	
3.d	Besteht eine Arrhytmie?	☐Ja ☐Nein	
3.e	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	☐Ja ☐Nein	
3.f	Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	☐Ja ☐Nein	
3.g	Besteht Dyspnoe?	☐Ja ☐Nein	
4.	**GEFÄßE:**		
4.a	Bestehen Ödeme?	☐Ja ☐Nein	
4.b	Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? Wenn ja: Art?/Umfang?	☐Ja ☐Nein	
4.c	Bestehen Narben, Ulcera? Wenn ja: Art?/Umfang?	☐Ja ☐Nein	
5.	**ATMUNGSORGANE:**		
5.a	Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? Wenn ja: Seit wann?/Umfang?	☐Ja ☐Nein	
5.b	Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	☐Ja ☐Nein	
5.c	Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	☐Ja ☐Nein	
5.d	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	☐Ja ☐Nein	
6.	**VERDAUUNGS-/BAUCHORGANE:**		
6.a	Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	☐Ja ☐Nein	
6.b	Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	☐Ja ☐Nein	
6.c	Ist die Leber vergrößert?	☐Ja ☐Nein	
6.d	Ist die Milz vergrößert?	☐Ja ☐Nein	
6.e	Besteht ein Bruchleiden?	☐Ja ☐Nein	

Stand: 01.07.2014

UNTERSUCHUNGSBEFUND FÜR:			
Name:			Vorname(n):
6.f	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	☐Ja ☐Nein	
7.	**HARN-/GESCHLECHTSORGANE:**		
		ANTWORT	**BEFUND/ABWEICHUNG/ERLÄUTERUNG**
7.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?	☐Ja ☐Nein	
7.b	Harnuntersuchung:	Eiweiß ☐Ja ☐Nein Zucker ☐Ja ☐Nein Ubg. vermehrt ☐Ja ☐Nein	Sediment:
	äußere Beschaffenheit: pathologische Bestandteile:		
7.c	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	☐Ja ☐Nein	im _____Monat
8.	**SONSTIGES:**		
8.a	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	☐Ja ☐Nein	
8.b	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	☐Ja ☐Nein	

FÜR DIE RISIKOBEURTEILUNG SIND TEILWEISE WEITERE GESICHTSPUNKTE ALS DAS ERGEBNIS DER UNTERSUCHUNG MAßGEBEND. GEBEN SIE DESHALB BITTE KEINE MITTEILUNGEN ÜBER DAS VERSICHERUNGSWAGNIS!

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

ANGABEN ZUM ZAHNSTATUS

ZAHNSTATUS

BEFUND DES GESAMTEN GEBISSES

BEFUND																	BEFUND
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
BEFUND																	BEFUND

BEFUNDANGABEN/LEGENDE:					
f fehlende Zähne	**e** bereits ersetzte Zähne	**k** vorhandene Kronen	**b** vorhandene Brückenglieder	**s** sanierungsbedürftige Zähne	**)(** Lückenschluss

9.	**ZÄHNE:**	**ANTWORT**	**FALLS JA: WELCHE, WO BEHANDELT (ARZT), BEFUNDE**	**WANN ?**
9.a	Bestehen Zahnfleischerkrankungen?	☐Ja ☐Nein		

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

Stand: 01.07.2014

KRANKENVERSICHERUNG FÜR PERSONEN MIT WOHNSITZ IM AUSLAND

ERGÄNZENDE ERKLÄRUNG ZUM ANTRAG EXPAT RETIRED

ANTRAGSTELLER(IN)/VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

Name:	Vorname(n):	Derz. Beruf:

FOLGENDE PERSONEN SOLLEN VERSICHERT WERDEN: (Bitte Antragsteller(in) mit berücksichtigen!)

Name, Vorname(n)	Nationalität	Geschlecht* m	Geschlecht* w	Geburts-datum	Versicherungs-beginn (Monat/Jahr)

(*bitte ankreuzen)

Wir bestätigen durch Unterschrift, folgende wichtige Einschränkung zur Kenntnis genommen und inhaltlich verstanden zu haben:

Bei einem Aufenthalt im Heimatland entfällt der Versicherungsschutz, sobald die versicherte Person sich pro Versicherungsjahr insgesamt mehr als drei Monate in ihrem Heimatland aufhält. Dies gilt auch, wenn aufgrund einer Erkrankung die dreimonatige Frist unvorhergesehen überschritten wird. (Ausnahme: Mitversicherte Angehörige, die die Staatsbürgerschaft des Aufenthaltslandes besitzen, genießen auch in ihrem Heimatland Versicherungsschutz)

Mir/uns ist durch den Vermittler nahegelegt worden, entweder bestehende Versicherungen, die im Heimatland gelten, aufrecht zu erhalten oder auf Anwartschaft zu stellen oder - wenn möglich - eine entsprechende zusätzliche Versicherung abzuschließen.

Ort, Datum:	Unterschriften: (Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

Versicherer: Würzburger Versicherungs-AG
Versicherungsnehmerin: BDAE EXPAT GmbH

Stand: 01.07.2014

• BDAE EXPAT GMBH •
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90
info@bdae.com • www.bdae.com
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 122052 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ, ANDREAS OPITZ

CHECKLISTE BEI ANTRAGSTELLUNG

DAMIT EINE SCHNELLE UND ZÜGIGE ANTRAGSBEARBEITUNG ERFOLGEN KANN, BITTEN WIR SIE, FOLGENDE PUNKTE ZU BEACHTEN

1. Der Antrag muss bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausgefüllt werden.

2. Zu jedem Antrag muss die Rechtsbelehrung sowie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten unterschrieben vorliegen.

3. Angaben zur Zahlweise:

- Die Überweisung der Prämie ist nur jährlich oder halbjährlich (+2%) möglich.
- Ein Lastschrifteinzugsverfahren ist nur von einem deutschen Konto monatlich (+5%), vierteljährlich (+3%), halbjährlich (+2%) oder jährlich möglich. Alternativ können Prämien auch per Kreditkarte (+6%) im gleichen Zahlungsmodus wie beim Lastschrifteinzugsverfahren beglichen werden.

4. Der Antrag muss von dem Antragsteller bzw. der Antragstellerin und allen volljährigen zu versichernden Personen unterschrieben werden.

5. Weicht der Kontoinhaber von der/dem Antragsteller/in ab, so ist die Unterschrift des Kontoinhabers ebenfalls erforderlich.

6. Bei den Tarifen Expat Flexible, Expat Private Premium, Expat Retired und Expat Resident ist folgendes zu beachten:

- EXPAT FLEXIBLE: Ein Gesundheitszeugnis oder ein Nachweis einer deutschen Vorversicherung ist einzureichen, wenn die versicherte Person sich bereits länger als 31 Tage in Deutschland aufhält. Das Gesundheitszeugnis darf nicht älter als 14 Tage sein.
- EXPAT PRIVATE PREMIUM: Mit dem Antrag müssen die Angaben zum Gesundheitszustand eingereicht werden. Nach Vollendung des 50. Lebensjahres ist ein Gesundheitszeugnis einzureichen, welches nicht älter als 3 Monate ist.
- EXPAT RETIRED und EXPAT RESIDENT: Mit dem Antrag müssen die Angaben zum Gesundheitszustand sowie die ergänzende Erklärung eingereicht werden. Nach Vollendung des 60. Lebensjahres ist ein Gesundheitszeugnis einzureichen, welches nicht älter als 3 Monate ist.

7. Gesundheitszeugnis Expat Flexible, Expat Private Premium, Expat Retired und Expat Resident:

- Die Gesundheitszeugnisse müssen gut lesbar in deutscher oder englischer Sprache erstellt werden.
- Jede Frage muss beantwortet werden.
- Fragen, die mit ja beantwortet werden bzw. Fragen, die auf einen krankhaften Befund hinweisen, müssen erläutert werden.
- Die Erklärung vor dem Arzt muss vom Antragsteller und vom Arzt unterzeichnet werden.
- Die letzte Seite des Zeugnisses muss ebenfalls vom Arzt unterzeichnet werden.
- Bei Auswahl des Expat Resident, Expat Retired Top-Tarifs oder Expat Flexible Plus-Tarifs muss ein Zahnstatus erstellt werden.
- Vor- und Nachname müssen auf jeder Seite des Untersuchungsbefundes angegeben werden.
- Bitte geben Sie immer Ihren Hausarzt mit dem vollständigen Namen und der genauen Adresse an.
- Sollten stationäre Behandlungen stattgefunden haben, wäre es zur Beschleunigung der Prüfung sehr hilfreich, wenn uns zusammen mit dem Gesundheitszeugnis entsprechende Entlassungsberichte bzw. Befundberichte eingereicht werden.
- Sollte es zu Rückfragen kommen, halten Sie bitte die im Anforderungsschreiben gesetzten Fristen ein, da ansonsten keine Annahme möglich ist.

DURCH DIE BEACHTUNG DIESER REGELUNG KÖNNEN WIR EINE REIBUNGSLOSE UND SCHNELLE ANTRAGSBEARBEITUNG GEWÄHRLEISTEN. HERZLICHEN DANK FÜR IHR VERSTÄNDNIS!