

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für Auslandskrankenversicherungen (VB Teil I – Allianz Partners AWP Health & Life)

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Gruppenversicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsberechtigte gestellt werden. Versicherungsberechtigte sind natürliche Personen gemäß den jeweils zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen.
2. Versicherbar sind natürliche Personen.
3. Nicht versicherbar sind
 - a) bei Antragstellung dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
 - b) Wenn während der Vertragslaufzeit bei einer Versicherten Person eine Pflegebedürftigkeit eintritt, erstattet die Versicherung ausschließlich für medizinisch notwendige Behandlungen. Pflegeleistungen, die nicht unmittelbar der medizinischen Behandlung dienen, einschließlich der Behandlung oder Unterbringung aufgrund von Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, es sei denn, sie sind zur Durchführung der medizinischen Behandlung erforderlich.
 - c) 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 in Deutschland.
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 Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen in Textform mitzuteilen.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Nimmt der Versicherer zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine Änderung des Beitrags, des Leistungsumfanges oder der Versicherungsbedingungen vor, steht den Versicherungsberechtigten sowie den versicherten Personen ein außerordentliches Kündigungsrecht zu. Die Kündigung ist der Versicherungsnehmerin innerhalb eines Monats nach Zugang der entsprechenden Änderungsmitteilung in Textform zu übermitteln.
5. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes, sofern dieser entsprechende Versicherungstarife anbietet.
6. Sind Versicherungsberechtigter und 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.
7. Wenn eine Sanktion, ein Verbot oder eine Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika verhängt wird, die den Versicherer direkt oder indirekt daran hindert, Ver-

sicherungsleistungen im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrags zu erbringen, hat der Versicherer bzw. die Versicherungsnehmerin ein außerordentliches Kündigungsrecht. Zudem können betroffene Personen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

§ 3 Beiträge, Leistungsanpassung, Versicherungsjahr

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.
2. Die Versicherungsnehmerin hat das Recht, einzelne versicherte Personen wegen Nichtzahlung des Beitrages aus dem Gruppenversicherungsvertrag abzumelden.
3. Der Versicherer ist berechtigt, zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine Änderung des Beitrages oder des Umfangs der Versicherungsleistung vorzunehmen, sofern er dies der Versicherungsnehmerin mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres mitteilt.
4. Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil II, Abschnitt C der Allianz Partners AWP Health & Life.
5. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, eine Anpassung des Beitrages oder der Versicherungsleistung mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen in Textform mitzuteilen.

§ 4 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im vereinbarten Geltungsbereich aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag und mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
 - a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person in einem Land der vereinbarten Zone;
 - b) nicht vor Eintritt der Versicherbarkeit der versicherten Person;
 - c) nicht vor Zahlung des Beitrages;
 - d) nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.
2. Neugeborene können ab dem Tag ihrer Geburt ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten mitversichert werden, vorausgesetzt der Antrag auf Versicherung geht innerhalb von zwei Monaten ab Geburt beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten ein. Wird der Antrag auf Versicherung nach der zwei-monatigen Frist gestellt, muss zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt werden. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung behalten sich der Versicherer bzw. dessen Beauftragten das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben. Die Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag erfolgt frühestens ab dem Tag des Eingangs des Antrages beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten.
3. Für Versicherungsfälle, die während der vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
4. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird in den Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil II, Abschnitt C der Allianz Partners AWP Health & Life festgelegt.
5. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
 - a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person;
 - b) mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der festgelegten Voraussetzungen;

- c) mit dem Tod der versicherten Person;
- d) zum Ende des Monats, der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;
- e) mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, §1;
- f) sobald die im Produkt genannten 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 anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, den produktspezifischen Versicherungsbedingungen und den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
2. Ein 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.
3. Sofern die jeweilige Variante 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 vereinbarten Wartezeit;
 - d) Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtung, unter Beachtung von VB Teil II, Punkt A8.
 - e) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
 - f) Tod.
4. Der Versicherer leistet je nach versichertem Produkt Entschädigung für während des Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich eintretende Versicherungsfälle.
5. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Bedingungen und dem jeweils gewählten Produkt.
6. Im 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.
7. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in den Versicherungsbedingungen Teil I, § 5, Abs. 6 genannten Behandlern verordnet 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.
8. 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), sofern im jeweiligen Produkt keine anderweitige Regelung vereinbart ist.
9. 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, § 5, Abs. 8, erfüllen, werden die vereinbarten Leistungen nur dann erbracht,

wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tuberkulose-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten und Sanatorien geleistet.

10. 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.
11. Der Versicherer leistet im vereinbarten Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch einen versicherten Leistungsfall eintritt.
12. Der Versicherer leistet im vereinbarten Umfang für einen medizinisch notwendigen Rücktransport zum nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus am ständigen Wohnsitz der versicherten Person. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

§ 6 Allgemeine Einschränkungen der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Schäden durch Kernenergie, 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 Aufenthaltswortzweck 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 je nach vereinbartem Produkt 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 eines Abhängigkeitsyndroms und deren Folgen;
 - n) Selbstmordversuche und deren Folgen;
 - o) Organspenden und deren Folgen;
 - p) Zahnersatz (wie z. B. Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen,

Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;

- q) angeborene Leiden. Angeborene Leiden sind Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, Störungen oder Fehlbildungen, die bereits bei der Geburt bestanden, unabhängig vom Vorliegen einer Diagnose.
3. 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 im jeweiligen Produkt festgelegte Leistungspflicht für maximal drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung.
4. 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.
5. Im Interesse aller Beteiligten werden geltende internationale Sanktionsvorschriften befolgt. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, Versicherungsschutz zu leisten oder Schäden abzudecken oder sonstige Leistungen unter diesem Vertrag zu erbringen, wenn die Leistung eines derartigen Versicherungsschutzes, die Bezahlung derartiger Schäden oder die Erbringung einer derartigen Leistung einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen würde.

§ 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 Kostenerrhöhung führen könnte;
 - b) alle Schäden, die voraussichtlich eine Summe von 5.000 Euro 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. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.
3. Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.
4. 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 Versicherungsberechtigter und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
5. Schwangerschaften sind, sofern das Produkt nichts anderes vorsieht, dem Versicherer zeitnah nach deren Feststellung anzuzeigen.
6. Medizinisch notwendige Rücktransporte sind vor deren Durchführung dem Versicherer anzuzeigen.
7. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
8. Beginn und Ende sowie die Unterbrechung eines Aufenthaltes im vorgesehenen Geltungsbereich sowie das Vorliegen der produktspezifischen Voraussetzung auf Versicherungsfähigkeit sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
9. Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.
10. Verletzt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigter 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.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
 - a) Bezahlte Originalbelege, 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 eingebracht, 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 bzw. dessen Beauftragten 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 Versicherungsberechtigter 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 den 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 Anspruchs durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten 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.
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 Versicherungsberechtigter oder die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung. Vereilt die versicherte Person die Durchsetzung der Ansprüche durch Anerkenntnis o. ä., können die Ansprüche entsprechend gekürzt werden.
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 Versicherungsberechtigter und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigter und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung

gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

- Der Versicherer und die Versicherungsnehmerin haften weder für die Auswahl noch für die Handlungen der gewählten Ärzte, Chirurgen, Anästhesisten, Krankenhäuser oder anderer Leistungserbringer wie z. B. Heilpraktiker und Hebammen. Ebenso haftet der Versicherer und die Versicherungsnehmerin nicht für Behandlungen, Ratschläge, medizinische Eingriffe oder für die Verordnung und Vergabe von Medikationen durch zuvor genannte Leistungserbringer.

§ 10 Aufrechnung

- Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter oder versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
- Entgegen § 35 VVG darf der Versicherer jedoch nicht mit Prämienansprüchen gegenüber anderen versicherten Personen aufrechnen.

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.). Die versicherte Person hat ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag gegen den Versicherer geltend zu machen. Die versicherte Person darf Ansprüche gegenüber dem Versicherer selbst dann geltend machen, wenn sie nicht im Besitz des Versicherungsscheines ist (abweichend von § 44 VVG).

§ 12 Anzuwendendes Recht/Vertragssprache

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

§ 13 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtig.

§ 14 Aufsichtsbehörde und Beschwerdestellen

Sollten Sie mit einer Leistung oder Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden sein oder bei Meinungsverschiedenheiten über die allgemeinen Bedingungen hat sich der Versicherungsberechtigte und/oder die versicherten Personen zunächst an ihren Vertreter des Vertrages unter der folgenden Adresse (oder einer weiteren auf der Website des Unternehmens angegebenen Adresse) zu wenden:

BDAE Holding GmbH
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg
Deutschland
E-Mail: kritik@bdae.com

Entspricht die vorgeschlagene Lösung nicht den Erwartungen des Versicherungsberechtigten und/oder der versicherten Person, kann eine Beschwerde, auch direkt beim Versicherer, per einfachem Brief oder E-Mail eingereicht werden:

AWP Health & Life S.A.
Kundenbetreuung
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
Frankreich
E-Mail: client.care@allianzworldwidecare.com

Zudem können für diesen Versicherungsvertrag Beschwerden bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sowie bei der französischen Aufsichtsbehörde (ACPR) eingereicht werden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
<https://www.bafin.de>

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09
Frankreich

AWP Health & Life SA ist Unterzeichner der Mediations-Charta des französischen Verbands der Versicherungsunternehmen. Daher hat der Versicherungsberechtigte, die versicherte Person und der Versicherungsnehmer im Falle einer anhaltenden und endgültigen Meinungsverschiedenheit die Möglichkeit, sich nach Ausschöpfung aller anderen möglichen gütlichen Rechtsbehelfe an den Schlichter des französischen Verbands der Versicherungsgesellschaften zu wenden, unbeschadet anderer möglicher rechtlicher Schritte, der unter der folgenden Adresse zu erreichen ist:

La Médiation de l'Assurance
TSA 50 110
75 441 Paris Cedex 09
<https://www.mediation-assurance.org/>

Die Einreichung einer Beschwerde berührt nicht das Recht, eine Klage vor dem zuständigen ordentlichen Gericht einzureichen.

Besondere Bedingungen für die Anwartschaft

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

Für die Dauer der Anwartschaft gelten die Versicherungsbedingungen (Teil I und II) des in Anwartschaft stehenden Produktes in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch die nachstehenden Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. Werden die Versicherungsbedingungen (Teil I und II) geändert, so gilt dies insoweit auch für die Anwartschaft.

§ 2 Gegenstand der Anwartschaft

Durch den Abschluss einer Anwartschaft erwirbt der Versicherungsberechtigte für die versicherte(n) Person(en) das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung den vollen Versicherungsschutz eines in der Anwartschaft stehenden Produktes aufleben zu lassen.

Die Dauer der Anwartschaft ist unbefristet.

§ 3 Voraussetzungen für die Anwartschaft

- Voraussetzung für den Abschluss der Anwartschaft ist, dass die zu versichernde Person während des gesamten Anwartschaftszeitraumes über eine aktive Krankenversicherung Versicherungsschutz genießt. Hierbei kann es sich um eine Krankenversicherung des BDAE handeln (interne Police) oder um ein Produkt eines anderweitigen Versicherers (externe Police) oder einer gesetzlichen Krankenversicherung (externe Police). Diese Versicherung muss für die gesamte Dauer der Anwartschaftszeit bestehen und vollständigen Versicherungsschutz gewähren.
- Die in Satz 1 genannte Krankenversicherung muss mindestens ambulante und stationäre Leistungen umfassen.
- Der Nachweis über die aktive Krankenversicherung ist bei Antragsstellung dem Versicherer bzw. dessen Beauftragten nachzuweisen.
- Bei Antragsstellung bzw. auf Verlangen des Versicherers bzw. dessen Beauftragten muss eine Einwilligung durch den Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person erteilt werden, die dem Versicherer bzw. dessen Beauftragten erlaubt, den Gesundheitszustand und die bislang in Anspruch genommenen Leistungen bei dem Vorversicherer zu erfragen. Die Einwilligung muss alle Vorversicherer umfassen, bei denen in den vergangenen 60 Monaten vor Beginn der Anwartschaft Versicherungsschutz bestand. Sofern die Vorversicherer gesundheitsrelevante Informationen nur an die betroffenen Personen erteilen, so sind diese verpflichtet, die relevanten Informationen bei dem Vorversicherer einzuholen. Diese Informationen sind dem Versicherer umfassend und vollständig zur Verfügung zu stellen.
- Das Höchstaufnahmemaß beträgt 75 Jahre.

§ 4 Angaben zum Gesundheitszustand

Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ist für jede zu versichernde Person ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung behält sich der Versicherer bzw. dessen Beauftragten das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben.

§ 5 Beginn der Anwartschaft

- Die Anwartschaft beginnt zum 1. eines Monats, jedoch nicht vor Erfüllung der in § 3 genannten Voraussetzungen und nicht vor Abschluss des Vertrages und nicht vor Zahlung des Anwartschaftsbeitrages. Der Versicherungsbeginn der Anwartschaft kann auch vor dem Beginn des Auslandsaufenthaltes liegen.
- Der Versicherer hat dem Versicherungsberechtigten den Anwartschaftsbeginn schriftlich zu bestätigen.

§ 6 Aufleben des Versicherungsschutzes

- Möchte der Versicherungsberechtigte bzw. die versicherte Person den Ver-

sicherungsschutz aufleben lassen, so geht dies nur, wenn der bestehende Krankenversicherungsschutz einer internen oder externen Police endet und dies dem Versicherer nachgewiesen wird. Anerkannte Beendigungsgründe sind:

- a) Der reguläre Ablauf einer zeitlich befristeten Krankenversicherung;
 - b) Der Entfall der Versicherbarkeit der versicherten Person in der internen oder externen Police;
2. Möchte der Versicherungsberechtigte bzw. die versicherte Person den Versicherungsschutz aufleben lassen, so ist er verpflichtet, dieses dem Versicherer mitzuteilen. Die Mitteilung hinsichtlich der Aktivierung des vollen Versicherungsschutzes muss spätestens einen Monat vor Beginn des gewünschten Datums beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten eingehen.
 3. Der Wegfall der aktiven Krankenversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen. Bei fristgemäßer Anzeige lebt der Versicherungsschutz des in Anwartschaft stehenden Produktes zum Zeitpunkt des Wegfalls der anderweitigen Krankenversicherung auf.
 4. Zwischen dem Beendigungszeitpunkt der internen oder externen Police und dem Beginn des aktiven Versicherungsschutzes muss ein nahtloser Übergang bestehen. Kommt es zur Unterbrechung des lückenlosen Versicherungsschutzes, kann der Versicherungsschutz nicht mehr aktiviert werden.
 5. Vom Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes an ist der Beitrag zu entrichten, der zu zahlen gewesen wäre, wenn während der Anwartschaftszeit voller Versicherungsschutz bestanden hätte.
 6. Wird vom Aufleben des Versicherungsschutzes kein Gebrauch gemacht, erlöschen alle erworbenen Rechte. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge ist ausgeschlossen.

§ 7 Kündigung

Möchte der Versicherungsberechtigte bzw. die versicherte Person den Versicherungsschutz des dahinter stehenden Produktes nicht aufleben lassen, kann die Anwartschaft für einzelne versicherte Personen jederzeit vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. Es endet dann mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats.

§ 8 Leistungsumfang

1. Während der Anwartschaftszeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.
2. Nach Aufleben des Versicherungsschutzes besteht Anspruch auf Leistungen im Rahmen der jeweils gültigen Versicherungsbedingungen.
3. Alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen. Geleistet wird nur für den Teil des Versicherungsfalles, der in die Zeit nach Aufleben des Versicherungsschutzes fällt; bei Arznei- und Hilfsmitteln nur soweit diese nach Aufleben des Versicherungsschutzes bezogen wurden und im jeweiligen Versicherungsschutz eingeschlossen sind.
4. Die Anwartschaftszeit wird auf tarifliche Fristen und Wartezeiten angerechnet.

§ 9 Beitrag

1. Für die Dauer der Anwartschaft wird ein Beitrag erhoben, der abhängig vom Alter der zu versichernden Person ist. Der jeweils gültige Beitrag ergibt sich aus der anliegenden Beitragstabelle, welche Bestandteil der Versicherungsbedingungen ist. Zusätzlich ist es möglich, dass sich der Beitrag an dem zum Zeitpunkt der Antragsstellung vorliegenden Gesundheitszustand der zu versichernden Person orientiert. In diesen Fällen können der Versicherer bzw. dessen Beauftragten auf den gültigen Monatsbeitrag einen prozentualen Risikozuschlag erheben. Bei den in der Beitragstabelle ausgewiesenen Beiträgen handelt es sich um Jahresbeiträge, welche in gleichen Monatsraten ausgewiesen werden. Diese sind jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.
2. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht nicht.

3. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

ERLÄUTERUNG

zu den rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung

Die Besonderheiten eines Gruppenversicherungsvertrages

Der Versicherungsschutz wird im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags gewährt. Versicherungsnehmerin ist ein Unternehmen der BDAE-Gruppe (BDAE). Versicherer ist ein nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) zum Geschäftsbetrieb in Deutschland zugelassener Versicherer. Die versicherte Person erhält Versicherungsschutz durch den Beitritt zur Gruppe. Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gilt damit nicht direkt und unmittelbar für das Verhältnis zwischen der Versicherungsnehmerin und der versicherten Person.

Der Gruppenversicherungsvertrag sieht entsprechend den Vorgaben der Aufsichtsbehörde einige Verbesserungen der rechtlichen Situation der versicherten Person vor:

- Abweichend von § 44 Abs. 2 VVG hat die versicherte Person das Recht, Ansprüche direkt beim Versicherer des Gruppenversicherungsvertrags geltend zu machen.
- Abweichend von § 35 VVG kann der Versicherer nicht mit Forderungen aufrechnen, die nicht der versicherten Person zuzurechnen sind.
- Der versicherten Person werden alle nach § 7 VVG und der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen üblichen Informationen übermittelt.
- Die versicherte Person wird bei einer Änderung, auch Kündigung, des Gruppenversicherungsvertrags rechtzeitig unterrichtet.
- Die versicherte Person hat ein dem VVG ähnliches Widerrufsrecht.
- Für die versicherten Personen gilt der Gleichbehandlungsgrundsatz des § 138 Abs. 2 VAG.

Hinweis:

Die gesetzlichen Pflichten zur vorvertraglichen Anzeigepflicht sowie die Belehrung über die Folgen unrichtiger oder unvollständiger Angaben gemäß VVG werden im Rahmen der Antragstellung **gesondert und unmittelbar vor Abgabe der Gesundheitsangaben** zur Kenntnis gegeben.