

**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR KRANKEN- UND KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNGEN DER EXPAT®-REIHE
TEIL II**

TARIF EXPAT® RETIRED

1.	VERSICHERER:	Würzburger Versicherungs-AG		
2.	VERSICHERUNGSNEHMERIN:	Dienstleistungsgesellschaft für den Bund der Auslandserwerbstätigen (BDAE) mbH		
3.	VERSICHERUNGSBERECHTIGTE:	Natürliche Personen		
4.	VERSICHERBARE PERSONEN:	Versicherungsberechtigte, die außerhalb des Landes leben, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, sowie deren Familienangehörige. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner und Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern der/die Versicherungsberechtigte oder der Ehepartner deren Erziehungsberechtigte sind. Familienangehörige, die die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes besitzen, können mitversichert werden. Das Höchstaufnahmearalter beträgt 65 Jahre, die Laufzeit ist im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages unbeschränkt.		
5.	VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN:	Versicherungsbedingungen für Kranken- und Krankentagegeldversicherung der EXPAT®-Reihe(VB-KKT-EXP) Teil I und Teil II (Tarif EXPAT®RETIRED). Versicherungsberechtigte stellen einen Antrag auf Aufnahme der zu versichernden Personen, über dessen Annahme die Versicherungsnehmerin entscheidet.		
6.	GÜLTIGKEITSBEREICH:	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.	VERSICHERUNGSBEGINN:	Mit beantragtem Datum, jedoch nicht vor dem Eingangsdatum des Antrages, nicht vor Zahlung des Versicherungsbeitrages und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.		
8.	VERSICHERUNGSJAHR:	01.April - 31.März eines Kalenderjahres.		
9.	VORZEITIGE BEENDIGUNG:	Die Versicherung kann von der versicherten Person mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Versicherungsjahres schriftlich gekündigt werden. Bei auf Verlangen nachzuweisender dauerhafter Beendigung des Auslandsaufenthaltes kann die versicherte Person die Versicherung frühestens zum Ende des Monats, der auf die Rückkehr in das Heimatland folgt, schriftlich kündigen. Erfolgt die Kündigung nach der Rückkehr, endet die Versicherung mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung bei der Versicherungsnehmerin folgenden Monats.		
10.	BEITRAGSZAHLUNG:	Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im voraus fällig und zahlbar.		
11.	ANGABEN ZUM GESUNDHEITZ-ZUSTAND:	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. Auf die Versicherungsbedingungen für Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT®-Reihe, Teil I, § 6, Ziff. 5. wird besonders hingewiesen. Die Versicherungsnehmerin behält sich eine Risikoprüfung vor.		
12.	LEISTUNGEN:	EXPAT®R-BASIS	EXPAT®R-PLUS	EXPAT®R-DENT
12.1	AMBULANTE HEILBEHANDLUNG:	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient.	Keine Leistung	Keine Leistung
12.2	STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG:	100% der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus, einschließlich Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik; Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, im Heimatland in der allgemeinen Pflegekasse (gesetzliche Grundversorgung)	Keine Leistung	Keine Leistung
12.3	ARZNEI-, VERBANDS- UND HEILMITTEL:	100%, soweit ärztlich verordnet	Keine Leistung	Keine Leistung

Stand: 01.04.2008

12.4	ZAHNMEDIZINISCHE HEILBEHANDLUNG:	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung in einfacher Ausfertigung. Inlays, Onlays und Kronen sind nicht versichert.	Keine Leistung	Leistungen bei Inlays, Onlays und Kronen siehe Nr. 12.7, Zahnersatz
12.5	VORSORGEUNTERSUCHUNGEN:	Pro Jahr Vertragslaufzeit ist eine einmalige, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung, jedoch keine Vorsorgebehandlung, mitversichert.	Ambulante Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen	Keine Leistung
12.6	LEISTUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG:	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
12.7	ZAHNERSATZ:	Keine Leistung	Keine Leistung	Nach Ablauf der Wartezeit: 80% der Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz höchstens jedoch: bis zu 500 EUR pro Versicherungsjahr innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, 2.000 EUR in jedem folgenden Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im jeweils anteiligen Verhältnis. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf andere Versicherungsjahre übertragen werden.
12.8	HILFSMITTEL:	Keine Leistung	Sehhilfen bis zu 50,00 EUR pro versicherter Person und Versicherungsjahr, sowie Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen in einfacher Ausfertigung.	Keine Leistung
12.9	SONSTIGE LEISTUNGEN:	100% der Arzt-Wegegebühren oder der Fahrkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung werden erstattet, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert oder bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit.	Keine Leistung	Keine Leistung
		100% für Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus	Keine Leistung	Keine Leistung
		Der Versicherer erstattet für Rücktransport oder Überführung an den ständigen Wohnsitz innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 EUR, kontinentübergreifend bis 10.000 EUR.	Keine Leistung	Keine Leistung
		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.	Keine Leistung	Keine Leistung
		Versicherungsschutz im Heimatland (außer USA/Kanada) besteht bis zu drei Monaten pro Versicherungsjahr.		
		Stationäre Behandlungen im Heimatland sind nur in der allgemeinen Pflegeklasse versichert.		
13.	WARTEZEIT:	Keine	Keine	8 Monate, auf die Versicherungsbedingungen für Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT®-Reihe, Teil I, § 4, Ziff. 3. wird besonders hingewiesen.
14.	VERSICHERUNGSDAUER:	Die Versicherungsdauer ist innerhalb des Rahmenversicherungsvertrages zwischen dem Versicherer und der Versicherungsnehmerin nicht befristet.		

15.	MONATSBEITRAG:	114,00 EUR	50,00 EUR	34,00 EUR
		Die oben genannten Beiträge erhöhen sich um 10% ab dem ersten Monat des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird. Die oben genannten Beiträge erhöhen sich um 50% ab dem ersten Monat des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 65 Jahre alt wird.		
15.a	SELBSTBEHALT:	250,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
		Der Selbstbehalt gilt jeweils pro Person und Versicherungsjahr. Unterjährige An- und Abmeldungen werden anteilig berechnet.		
16.	SONSTIGES:	Ein nachträglicher Wechsel zwischen den Modulen oder eine nachträgliche Hinzunahme der Module ist nicht möglich. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Es besteht kein Recht auf Übernahme in eine Anschlußversicherung. Der Abschluß einer Anwartschaftsversicherung, z.B. in einer gesetzlichen Krankenkasse, wird angeraten.		
17.	EXTERNE LEISTUNGEN:	a) Externe medizinische Assistenzdienstleistungen durch International SOS gemäß anliegender Information. b) Erweiterter Leistungsumfang für Rücktransport- und Überführungskosten bis zu 250.000,00 EUR pro Schadenereignis		

Stand: 01.04.2008

MEDIZINISCHE ASSISTANCE FÜR BDAE VERSICHERUNGSPROGRAMME



Das integrierte Assistanceprogramm zwischen dem BDAE und International SOS stellt eine direkte, schnelle und unkomplizierte Abwicklung jeglicher medizinischer Vorgänge sicher, die unter die Versicherungsdeckung des BDAE fallen. Es handelt sich hierbei insbesondere um folgende Leistungen für den versicherten Personenkreis:

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

- weltweite medizinische Beratung in Routine- und Notfällen
- Informationen über (zahn)medizinische Leistungsträger
- Arzt- und Krankenhausüberweisungen (Provider-Search)
- Sicherstellung der Krankenhausaufnahme und der Ressourcennutzung
- Dolmetscher- und Übersetzungsdienste
- Unterstützung und Betreuung der Familienangehörigen
- Beratung und Unterstützung bei Verlust von Dokumenten
- Unterstützung bei der Beschaffung rezeptpflichtiger Medikamente
- Koordination ambulanter Behandlungsfälle

Darüber hinaus werden folgende mit Kosten verbundene Leistungen erbracht, die über den BDAE gedeckt sind und bei denen International SOS die Autorisierung direkt beim BDAE und dessen Versicherer einholt. Darunter fallen:

- Organisation und Durchführung von Notfall-Evakuierungen und -Repatriierungen
- Assistance bei stationären Behandlungsfällen (z.B. Überwachung der medizinischen Behandlung, Cost Containment)
- Im Todesfall Organisation des Rücktransports

Diese Leistungen, die bisher nicht zuletzt aus Kostengründen nahezu ausschließlich von Großunternehmen in Anspruch genommen werden konnten, sind jetzt über die Vereinbarung mit dem BDAE auch für Einzelpersonen abgedeckt.

INTERNATIONAL SOS DAS WELTWEIT FÜHRENDE ASSISTANCE-UNTERNEHMEN

Mit über 5.000 Mitarbeitern in 65 Ländern auf fünf Kontinenten ist International SOS das weltweit größte medizinische Assistance-Unternehmen und führend im Management internationaler Gesundheits- und Sicherheitsrisiken. 27 Alarmzentralen an strategischen Orten in aller Welt betreuen Kunden bei allen medizinischen und sicherheitsrelevanten Problemen. Ein eigenes Netzwerk von Ambulanzflugzeugen, Krankenhäusern und Alarmzentralen garantiert Assistance-Leistungen auf höchstem Niveau. In Ländern, in denen der internationale Standard der medizinischen Versorgung nicht verfügbar ist oder kulturelle und sprachliche Barrieren eine geeignete Versorgung schwierig machen, ist International SOS mit 25 eigenen Kliniken vor Ort. Darüber hinaus kann das Unternehmen auf über 46.000 medizinische Provider und Sicherheitsprovider zurückgreifen, die eigens von International SOS geprüft und bewertet wurden.

KRANKENVERSICHERUNG FÜR PERSONEN MIT WOHNSITZ IM AUSLAND

ANTRAG EXPAT® RETIRED

ANTRAGSTELLER(IN) / VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):										
Name:			Vorname(n):			Derz. Beruf:				
Anschrift:						BDAE Mitgl.-Nr.:				
Fon:			Fax:			e-mail:				
ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERKEHR:										
Zahlweise*:			<input type="checkbox"/> jährlich		<input type="checkbox"/> halbjährlich (+2%)		<input type="checkbox"/> vierteljährlich (+3%)		<input type="checkbox"/> monatlich (+5%)	
Bank:			Kto.-Nr.:			BLZ:				
Kreditkarte (+6%)*:			<input type="checkbox"/> Master-/Eurocard		<input type="checkbox"/> Visa		<input type="checkbox"/> Diners		Gültig bis:	Karten-Nr.:
Konto-/Karteninhaber, falls nicht Antragsteller (bitte zusätzlich unten unterschreiben lassen):										
ANGABEN ZUR GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG:										
Besteht eine weitere Krankenversicherung*?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:			Vers.-Nr.:				
FOLGENDE PERSONEN SOLLEN VERSICHERT WERDEN: (Bitte Antragsteller(in) mit berücksichtigen!)										
Name, Vorname(n)	Natio- nalität	Ge- schlecht*		Geburts- datum	Tarifauswahl* EXPAT®RETIRED			Geplantes Aufent- haltsland	Monats- beitrag ges. (EUR)	Vers.-Beginn (Monat/Jahr)
		m	w		R-BASIS	R-PLUS	R-DENT			
(*bitte ankreuzen)										
Hiermit beantrage(n) ich/wir Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für Kranken- und Krankentagegeldversicherung der EXPAT®-Reihe Teil I und Teil II: Tarif EXPAT®RETIRED für die oben aufgeführten Personen durch Anmeldung als versicherte Personen beim Versicherer. Die versicherten Personen bzw. deren gesetzliche Vertreter bevollmächtigen den Versicherer, jederzeit alle zur Feststellung des Gesundheitszustandes (auch vorvertraglich) für erforderlich erachteten Auskünfte bei Dritten einzuholen und entbinden diese von ihrer Schweigepflicht. Die Gesamtprämie ist entsprechend der gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Die Einzugermächtigung für o.a. Kontoverbindung oder Kreditkarte wird hiermit erteilt. 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 weiterhin 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: Dienstleistungsgesellschaft für den Bund der Auslandsarbeitskräfte (BDAE) mbH										

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.	ANGABEN ZUR ZAHLWEISE:
2.a	Die Überweisung der Prämie ist nur jährlich oder halbjährlich möglich.
2.b	Ein Lastschriftinzugsverfahren ist nur von einem deutschen Konto monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich möglich. Alternativ können Prämien auch per Kreditkarte im gleichen Zahlungsmodus wie beim Lastschriftinzugsverfahren beglichen werden.
3.	DER ANTRAG MUSS VON DEM ANTRAGSTELLER BZW. DER ANTRAGSTELLERIN UND ALLEN VOLLJÄHRIGEN ZU VERSICHERNDEN PERSONEN UNTERSCHRIEBEN WERDEN.
4.	WEICHT DER KONTOINHABER VON DER/DEM ANTRAGSTELLER/IN AB, SO IST DIE UNTERSCHRIFT DES KONTOINHABERS EBENFALLS ERFORDERLICH.
5.	BEI DEN TARIFEN EXPAT GERMANY, EXPAT RETIRED, EXPAT 36/60 UND EXPAT 36/60 US 1000 IST FOLGENDES ZU BEACHTEN:
5.a	EXPAT GERMANY:
	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.
5.b	EXPAT RETIRED:
	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.
5.c	EXPAT 36/60 UND EXPAT 36/60 US 1000:
	Bitte geben Sie den Beruf an, den Sie im Ausland ausüben werden. Der Abschluss ist nur in Verbindung mit der Mitgliedschaft im BDAE e.V. möglich.
6.	GESUNDHEITSZEUGNIS EXPAT GERMANY UND EXPAT RETIRED:
6.a	Die Gesundheitszeugnisse müssen gut lesbar in deutscher oder englischer Sprache erstellt werden.
6.b	Jede Frage muss beantwortet werden.
6.c	Fragen, die mit ja beantwortet werden bzw. Fragen, die auf einen krankhaften Befund hinweisen, müssen erläutert werden.
6.d	Die Erklärung vor dem Arzt muss vom Antragsteller und vom Arzt unterzeichnet werden.
6.e	Die letzte Seite des Zeugnisses muss ebenfalls vom Arzt unterzeichnet werden.
6.f	Bei Auswahl des R-Dent-Tarifs oder G-Dent-Tarifs muss ein Zahnstatus erstellt werden.
6.g	Vor- und Nachname müssen auf jeder Seite des Untersuchungsbefundes angegeben werden.
6.h	Bitte geben Sie immer Ihren Hausarzt mit dem vollständigen Namen und der genauen Adresse an.
6.i	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.
6.j	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!**

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)	Natio- nalität	Geschlecht*		Geburts- datum	Vers.-Beginn (Monat/Jahr)
		m	w		

(*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, ggf. anderer Konto-/ Karteninhaber)

Versicherer: Würzburger Versicherungs-AG
Versicherungsnehmerin: Dienstleistungsgesellschaft für den Bund der Auslandserwerbstätigen (BDAE) mbH



ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

TARIF EXPAT® RETIRED

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:

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 Gewicht: _____ kg	_____ _____ _____ _____ cm _____ kg

1.	Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen? (Einschließlich Zähne!).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren täglich oder annähernd täglich Medikamente, Alkohol oder Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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!	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.	Nur wenn der Tarifbaustein EXPAT®RETIRED PLUS 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!	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		links: _____	rechts: _____	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, ggf. anderer Konto-/ Karteninhaber)

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR KRANKEN- UND KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNGEN DER EXPAT®-REIHE TEIL I

A - ALLGEMEINER TEIL GÜLTIG FÜR ALLE IM TEIL B GENANNTE VERSICHERUNGEN

§ 1 UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen für Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der Expat Reihe Teil I und Teil II (Tarif), den gesetzlichen Vorschriften, sowie zusätzlichen Vereinbarungen, soweit diese zwischen Versicherer, Versicherungsnehmerin und Versicherungsberechtigten schriftlich vereinbart sind.

§ 2 VERSICHERUNGSFÄHIGKEIT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versicherungsberechtigt sind juristische und natürliche Personen.
2. Versicherbar sind natürliche Personen.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind bei Vertragsbeginn dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

§ 3 ABSCHLUß UND DAUER DES RAHMENVERSICHERUNGSVERTRAGES

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Rahmenversicherungsvertrag wird schriftlich auf Grundlage dieser Versicherungsbedingungen zwischen dem Versicherer und der Versicherungsnehmerin geschlossen. Die Versicherungsnehmerin ist berechtigt, im Rahmen des Versicherungsvertrages Versicherungsberechtigten als Beitragsschuldner die Meldung von versicherten Personen im Listenverfahren zu ermöglichen.
2. Der Rahmenversicherungsvertrag ist auf unbestimmte Zeit geschlossen und verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.
3. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Rahmenversicherungsvertrages innerhalb einer Frist von einem Monat nach Bekanntwerden den Versicherungsberechtigten schriftlich mitzuteilen.
4. Entfällt die Geschäftsfähigkeit der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsberechtigten, bleibt das Versicherungsverhältnis bezüglich der versicherten Person(en) unberührt.

§ 4 BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Ablauf der Wartezeit.
2. Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird nicht geleistet.
3. Für Versicherungsfälle, die während der Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 5 ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

1. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird im jeweiligen Tarif festgelegt.
2. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für schwebende Versicherungsfälle mit:
 - a) Dem Ende des Versicherungsverhältnisses
 - b) Dem vereinbarten Ablauf
 - c) Der Abmeldung aus dem versicherten Personenkreis durch den Versiche-

rungsberechtigten unter Beachtung der im Tarif festgelegten Fristen und Voraussetzungen.

d) Dem Tod der versicherten Person

e) Der Beendigung des Rahmenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin

Hinweis: Bitte beachten Sie die zusätzlichen Bestimmungen zum Ende der Versicherung in Teil B, II. Krankentagegeldversicherung, § 4.

§ 6 ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Keine Leistungspflicht besteht

1. wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen und Unruhen oder 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.
2. wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfällen, einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
3. während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.
4. in Folge durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingter Unterbringung.
5. für Leistungen in Folge von bei Versicherungsbeginn bestehenden Krankheiten, Beschwerden und Unfallfolgen.
6. für Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose und Psychotherapie.
7. wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung 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.

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die besonderen Ausschlüsse in Teil B, I. Krankheitskostenversicherung, § 3.

§ 7 WARTEZEIT

Es gelten die im jeweiligen Tarif vereinbarten Wartezeiten.

§ 8 BEITRAGSZAHLUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ergibt sich aus dem Tarif und ist spätestens bei Abschluß des Versicherungsvertrages bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus zu entrichten.
2. Der Tarif kann Beitragszahlung im Lastschriftinzugsverfahren oder Zahlung mit Kreditkarte vorsehen. Als Beitragszahlung gilt dann die rechtsgültige Erteilung der Einzugsermächtigung, sofern danach der Beitrag endgültig abgebucht werden konnte.

§ 9 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Erstattungsleistung vermerkt hat.
2. Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten. Leistungen oder deren Ablehnung durch andere Versicherungsträger sind nachzuweisen.

- Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, der Versicherte weist durch Bankbeleg nach, dass er die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Wahrungsparitaten bedingt war.
- Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere uberweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden, werden von den Leistungen abgezogen.
- Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- Der Versicherer ist berechtigt, an den uberbringer oder ubersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, dem Versicherer sind begründete Zweifel an der Legitimation des uberbringer oder ubersenders bekannt.

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die besonderen Bedingungen für die Auszahlung der Versicherungsleistungen in Teil B, I. Krankheitskostenversicherung, § 4.

§ 10 ALLGEMEINE OBLIEGENHEITEN

- Die versicherte Person und der Versicherungsbeneficiare haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Die versicherte Person und der Versicherungsbeneficiare sind verpflichtet, jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe der Leistungspflicht zu gestatten, insbesondere auch sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, ggf. behandelnde Ärzte und andere Versicherer von ihrer Schweigepflicht zu entbinden sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.
- Änderungen ihrer Anschrift (Wohnsitz oder Geschäftsbetrieb) haben die versicherte Person und der Versicherungsbeneficiare unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, als zugegangen.
- Sofern in dem jeweiligen Aufenthaltsland besondere Bestimmungen, Verfahren oder gesetzliche Regelungen für die Bearbeitung von versicherten Schäden bestehen, so können diese vom Versicherer durch entsprechende schriftliche Information der versicherten Person oder dem Versicherungsbeneficiaren zum Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen gemacht werden.
- Schwangerschaften sind, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, innerhalb von 4 Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzuzeigen.

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die Besonderen Obliegenheiten in Teil B, I. Krankheitskostenversicherung, § 5 und II. Krankentagegeldversicherung, § 5.

§ 11 FOLGEN VON OBLIEGENHEITSVERLETZUNGEN

- Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz, noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt er zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsbeneficiaren gleich.

§ 12 ANSPRÜCHE GEGEN DRITTE

- Hat der Versicherungsbeneficiare oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsuberganges gemäß § 67 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- Gibt der Versicherungsbeneficiare oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht Hätte Ersatz erlangen können.

§ 13 BEITRAGS- UND LEISTUNGSANPASSUNG / VERSICHERUNGSJAHR

- 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 mitteilt.
- Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen für Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe Teil II (Tarif).

- Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, eine Anpassung des Beitrages oder der Erstattungsleistung innerhalb einer Frist von 4 Wochen nach Bekanntwerden dem Versicherungsbeneficiaren schriftlich mitzuteilen.

§ 14 AUFRECHNUNG

Versicherungsnehmerin, Versicherungsbeneficiare oder versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt wird.

§ 15 FÄLLIGKEIT DER LEISTUNG/KLAGEFRIST

- Ist die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats zu erfolgen.
- Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde nach oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er in soweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

§ 16 RECHTE UND PFLICHTEN IM SCHADENFALL

Die versicherte Person hat ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag gegen den Versicherer geltend zu machen.

§ 17 WILLENSERKLÄRUNGEN UND ANZEIGEN

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 18 GERICHTSSTAND

Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherungsnehmers anhängig gemacht werden.

§ 19 GELTENDES RECHT/ZUSTÄNDIGE AUFSICHTSBEHORE

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehore ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

B - BESONDERER TEIL

JEWILIGER ABSCHNITT GÜLTIG IN ABHÄNGIGKEIT VOM GEWÄHLTEN VERSICHERUNGSSCHUTZ

ABSCHNITT I. KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

§ 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse im In- und Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen im Zusammenhang mit Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
- Sofern der Tarif entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:
 - Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung
 - Ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen)
 - Tod
- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung im vereinbarten Aufenthaltsland.

§ 2 UMFANG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen für Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe Teil II (Tarif).
- Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten bzw. den nach dem jeweiligen, in dem im Versicherungsumfang eingeschlossenen Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, ZahnArzten und Heilpraktikern frei.
- Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung 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 und Krankengeschichten führen.

- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzung von § 2, Abs. 4, 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 Umfang auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- 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; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 3 BESONDERE AUSCHLÜSSE

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Keine Leistungspflicht besteht
 - für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsberechtigten über den Leistungsausschluß eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.
 - 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 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.
 - für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder oder in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Besteht auch Anspruch gegenüber dritten Leistungsträgern, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen Dritter notwendig und versichert sind.

§ 4 BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG / EINZUREICHENDE NACHWEISE

- Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung, aus der die medizinische Notwendigkeit hervorgehen muß, einzureichen.
- Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

§ 5 BESONDERE OBLIEGENHEITEN

- Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.
- Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.
- Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosterversicherungsvertrag abgeschlossen, besteht ein solcher oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

ABSCHNITT II. KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG

§ 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaussfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen im In- und Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall bei Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld.
- Versicherungsfall ist die im Verlauf einer medizinisch notwendigen ärztlichen Heilbehandlung festgestellte Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen.

- Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Muß die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Arbeitsunfähigkeit im vereinbarten Aufenthaltsland.

§ 2 UMFANG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zuzüglich etwaiger tariflich vereinbarter leistungsfreier Tage (Karenztage). Die Leistungspflicht endet mit Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder mit dem Ende der Versicherung gemäß A, - Allgemeiner Teil, § 5 und B Besonderer Teil, Abschnitt II - Krankentagegeldversicherung, § 4, spätestens jedoch mit der tariflich vereinbarten Leistungsdauer.
 - Der Versicherer verpflichtet sich, den Versicherungsschutz zum Ersten des folgenden Monats des auf den Antrag des Versicherungsberechtigten und der versicherten Person anzupassen, wenn und soweit,
 - durch eine Änderung des regelmäßigen, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens eine Erhöhung des vereinbarten Krankentagegeldes notwendig ist, um das vorherige prozentuale Verhältnis des Krankentagegeldes zum Nettoeinkommen wiederherzustellen. Diese Verpflichtung des Versicherers besteht bei einer Verringerung des Krankengeldanspruches gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger entsprechend.
 - durch eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Falle der Arbeitsunfähigkeit der Wechsel in eine Tarifstufe mit anderer Karenzzeit erforderlich wird.
- Die Anpassung muß innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der Gründe für die Änderung beantragt werden. Die Änderungsgründe sind glaubhaft zu machen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Für laufende Versicherungsfälle wird vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung an der erhöhte Versicherungsschutz gewährt.

- Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen des Hauptversicherten unter die Höhe des dem Versicherungsverhältnis zu Grunde gelegten Einkommens gesunken ist, kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag rückwirkend ab dem Eintritt der Minderung entsprechend herabsetzen bzw. zuviel gezahlte Leistungen zurückfordern.
- Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt oder Zahnarzt oder im Krankenhaus behandelt wird.
- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung 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 und Krankengeschichten führen.

- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzung von § 2, Abs. 5, 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 Umfang auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

§ 3 BESONDERE AUSCHLÜSSE

Soweit nicht anders vereinbart besteht keine Leistung:

- Bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Abweichend hiervon werden für in einem Arbeitsverhältnis befindliche Personen, die für die Zahlung eines Krankentagegeldes mit einer Karenzzeit (leistungsfreie Zeit) von mindestens 42 Tagen versichert sind, außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote gem. § 3, Abs. 2), Leistungen erbracht.
- Bei Arbeitsunfähigkeit während gesetzlicher Beschäftigungsverbote für in einem Arbeitsverhältnis befindliche werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz).

§ 4 ZUSÄTZLICHE BESTIMMUNGEN ZUM ENDE DER VERSICHERUNG

- Der Versicherungsschutz endet zusätzlich zu A - Allgemeiner Teil, § 5 mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit, mit Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder einer teilweisen Erwerbsminderung sowie mit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungs- oder Altersrente.
- Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, entscheidet der Versicherer aufgrund der eingereichten bzw. von ihm eingeholten Nachweise und teilt seinen Bescheid durch eingeschriebenen Brief mit.

§ 5 BESONDERE OBLIEGENHEITEN

1. Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises anzuzeigen. Die Bescheinigung kann vorab per Faxsimile übermittelt werden. Die Originale sind unverzüglich auf den Postweg zu bringen. Eine Bescheinigung von Ehe- oder Lebenspartnern, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer regelmäßig, soweit nicht anders vom Versicherer gefordert, in höchstens vierzehntägigen Abständen nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
2. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
3. Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
4. Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
5. Versicherte Personen sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens oder eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgelts durch den Arbeitgeber mitzuteilen.

ALLGEMEINER HINWEIS: AUSZUG AUS DEM VVG

§ 6 VERLETZUNG EINER OBLIEGENHEIT

1. Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
2. Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.
3. Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
4. Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

§ 11 FÄLLIGKEIT

1. Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.
2. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
3. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.
4. Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 12 VERJÄHRUNG

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
2. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.
3. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer

gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.

§ 38 VERSPÄTETE ZAHLUNG DER ERSTEN ODER EINMALIGEN PRÄMIE

1. Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.
2. Ist die Prämie zurzeit des Eintritts des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 39 VERSPÄTETE ZAHLUNG EINER FOLGEPRÄMIE

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
3. Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
4. Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 67 ÜBERGANG DES ERSATZANSPRUCHS

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
2. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.



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

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.b	Besteht oder bestand eine chronische bzw. wiederkehrende Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.c	Sind Sie in den letzten drei Jahren durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseur...) untersucht, beraten oder behandelt worden oder waren Sie - auch zeitweise - arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.d	Sind Operationen und Behandlungen durchgeführt, vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.e	Fand in den letzten 5 Jahren eine stationäre Behandlung (auch Kurklinik, Sanatorium o.ä.) statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.f	Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte Laborwerte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.g	Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z. B. im Rahmen eines Aids-Tests?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.h	Fand oder findet eine Zytostatikabehandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.i	Werden oder wurden regelmäßig Medikamente, Alkohol oder Drogen genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.j	Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen)? Wenn ja: bitte Dioptriengzahl angeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.n	Besteht Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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):

UNTERSUCHUNGSBEFUND FÜR:

Name:

Vorname(n):

2. ALLGEMEIN:

		ANTWORT	BEFUND / ABWEICHUNG / ERLÄUTERUNG
2.a	Haben Sie die Person bereits untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.b	Größe: Gewicht:	cm kg	
2.c	Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.d	Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.e	Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.f	Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.g	Ist das Reflexverhalten normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.h	Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.i	Hat die Schilddrüse eine normale Form?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.d	Besteht eine Arrhythmie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.e	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.f	Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.g	Besteht Dyspnoe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4. GEFÄßE:

4.a	Bestehen Ödeme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.b	Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? Wenn ja: Art? / Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.c	Bestehen Narben, Ulcera? Wenn ja: Art? / Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

5. ATMUNGSORGANE:

5.a	Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? Wenn ja: Seit wann? / Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.b	Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.c	Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.d	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

6. VERDAUUNGS- / BAUCHORGANE:

6.a	Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.b	Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.c	Ist die Leber vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.d	Ist die Milz vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.e	Besteht ein Bruchleiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.f	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

UNTERSUCHUNGSBEFUND FÜR:			
Name:		Vorname(n):	
7. HARN-/GESCHLECHTSORGANE:			
		ANTWORT	BEFUND / ABWEICHUNG / ERLÄUTERUNG
7.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7.b	Harnuntersuchung:	Eiweiß <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zucker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ubg. vermehrt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sediment:
	äußere Beschaffenheit: pathologische Bestandteile:		
7.c	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7.d	Besteht Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	im _____ Monat
8. SONSTIGES:			
8.a	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8.b	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 NUR BEI ABSCHLUSS DES TARIFBAUSTEINS EXPAT®R-DENT ERFORDERLICH

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

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

LEBEN, WO ANDERE URLAUB MACHEN - ABER WAS PASSIERT IM KRANKHEITSFALL?

DIE GRUPPE MACHT'S MÖGLICH

Eine besondere Krankenversicherung für Residenten im Ausland bietet Ihnen auch dann Schutz, wenn andere Versicherungen teilweise oder ganz ausfallen. Zu einem sehr günstigen Beitrag. Unabhängig von Alter und Geschlecht. Ohne feste zeitliche Begrenzung, denn wir wissen, dass Sie dauerhaft im Ausland leben. Und (fast) ohne örtliche Begrenzung, denn wir versichern Sie weltweit, mit Ausnahme der Länder USA/Kanada und Deutschland. Selbst im Heimatland (außer USA/Kanada) besteht bis zu drei Monaten im Versicherungsjahr Schutz. Es gilt deutsches Recht.

Die Grundlage bildet ein spezieller Gruppenvertrag, der kein individuell kalkuliertes Risiko absichert, sondern auf dem "Durchschnittsrisiko" der gesamten Gruppe kalkuliert ist. Und da häufig die Möglichkeit besteht, andere, zum Beispiel gesetzliche Krankenversicherungen zumindest teilweise in Anspruch zu nehmen, wird Ihr Beitrag zusätzlich begünstigt. Es ist also nicht übertrieben, von einer großen Versicherungsgemeinschaft mit gleichem Ziel, aber verschiedenen Randbedingungen zu sprechen. Möchten Sie sich gerne anschließen?

ERFAHRUNG MACHT SICHER

Der EXPAT[®]RETIRED ist in seiner Art der älteste Tarif auf dem Markt und wird seit 1997 erfolgreich angeboten. Verantwortungsvolle Vermittlungspartner, sorgfältige Annahmeverfahren und intensive Aufklärung der Versicherten über ihren Versicherungsschutz haben sich bewährt. Auch unsere Versichertengemeinschaft musste sich dem rauen Wind demografischer Veränderungen und enorm steigender Kosten im Gesundheitswesen stellen. Jedoch sind wir überzeugter denn je, Ihnen weltweit, außer in Deutschland, den USA und in Kanada, ein hervorragendes Preis-/Leistungsverhältnis zu bieten.

VERSICHERUNGSSCHUTZ AUS DEM BAUKASTEN

Bedürfnisse sind unterschiedlich und auch die Größe des Geldbeutels setzt mitunter Grenzen. Wir tragen dem Rechnung und haben für Sie einen modularen Versicherungsschutz entwickelt. Den rechtlich verbindlichen, genauen Leistungsumfang der einzelnen Module und die Leistungsbedingungen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Eine kleine Zusammenfassung sollen Sie jedoch als Vorabinformation bereits hier erhalten:

DAS HAUPTMODUL EXPAT[®]R-BASIS

Es wurde konzipiert, um unvorhersehbare, unkalkulierbare Risiken abzusichern. Ambulante und stationäre Behandlungskosten werden übernommen, einschließlich ärztlich verordneter Medikamente. Auch medizinisch notwendige, schmerzstillende Zahnbehandlungen und -füllungen sind versichert, allerdings nur in einfacher Ausführung. Und sollten Sie im Urlaub erkranken, übernehmen wir bei medizinischer Notwendigkeit bis zu den festgelegten Grenzen die Rücktransportkosten an Ihren Wohnort. Arzt und Krankenhaus können Sie natürlich als Privatpatient frei wählen, bei stationären Behandlungen in Ihrem Herkunftsland allerdings nur in der allgemeinen Pflegeklasse oder vergleichbar.

Für alle diese Leistungen gilt ein von Ihnen zu tragender Eigenanteil (Selbstbehalt) von 250,00 EURO pro Versicherungsjahr und versicherter Person.

Der monatliche Grundbeitrag beträgt 114,00 EURO pro versicherter Person.

DAS ZUSATZMODUL EXPAT[®]R-PLUS

Es ergänzt den Versicherungsschutz: Krebsvorsorgeuntersuchungen und bestimmte Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung werden hiermit abgedeckt. Der monatliche Grundbeitrag beträgt 50,00 EURO pro versicherter Person. Bitte beachten Sie, dass dies Zusatzmodul nur zeitgleich zum Hauptmodul versicherbar ist und dass nach Versicherungsbeginn eine spätere Hinzunahme dieses Zusatzmodules oder eine vorzeitige Abwahl nicht möglich sind.

DAS ZUSATZMODUL EXPAT[®]R-DENT

Es ergänzt sinnvoll die Absicherung Ihrer Zahnbehandlung: Sie können damit auch medizinisch notwendigen Zahnersatz bis zu 80% absichern. Beachten Sie bitte die Leistungsstaffel und die Wartezeit von acht Monaten. Der monatliche Grundbeitrag beträgt 34,00 EURO pro versicherter Person. Bitte beachten Sie, dass dieses Zusatzmodul nur zeitgleich zum Hauptmodul versicherbar ist und dass nach Versicherungsbeginn eine spätere Hinzunahme dieses Zusatzmoduls oder eine vorzeitige Abwahl nicht möglich sind.

ALTERN IST MENSCHLICH...UND WAS DANN?

Dann möchten wir auch weiterhin für Sie da sein. Allerdings mussten wir in der Vergangenheit die Erfahrung machen, dass der aufwändige Behandlungsbedarf im Alter das Durchschnittsrisiko der Gruppe erheblich belastet. Wir haben uns daher entschlossen, das Höchstaufnahmealter auf 65 Jahre zu beschränken. Sie können selbstverständlich auch weiterhin versichert bleiben, wenn Sie dann älter werden. Um den erfahrungsgemäß stark steigenden Behandlungskosten gerecht zu werden, erhöhen sich jedoch die oben genannten Beiträge um 10% mit Beginn des Versicherungsjahres in dem Sie 50 Jahre alt werden und um 50% mit Beginn des Versicherungsjahres, in dem Sie 65 Jahre alt werden.

ACHTEN SIE DARAUFG!

Andere drucken's gerne klein, wir möchten Sie jedoch auf einige Besonderheiten besonders deutlich aufmerksam machen: Dies erspart mögliche Mißverständnisse und späteren Ärger.

WIE STEHT'S MIT "HEIMATURLAUB"?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf das Land, dessen Staatsangehörigkeit der Versicherungsrechte besitzt (ausgenommen USA/Kanada). Allerdings nur bis zu drei Monate pro Versicherungsjahr. Diese Höchstdauer zählt kumulativ, das heißt, bei mehreren Besuchen im Heimatland werden die jeweiligen Zeiten zusammengezählt. Stationäre Behandlungen sind im Heimatland nur in der allgemeinen Pflegeklasse versichert.

WOZU DIENEN DIE GESUNDHEITSFRAGEN?

Verwaltung bildet einen wesentlichen Kostenfaktor in der Versicherungsbranche und den wollen wir unbedingt gering halten. Wir erfassen daher Ihren derzeitigen Gesundheitszustand, um im Leistungsfall schnell regulieren zu können. Denn sofern eine Behandlung aufgrund bei Versicherungsbeginn bestehender Krankheiten oder Unfälle oder jeweils deren Folgen erforderlich ist oder sobald Sie zur Durchführung einer entsprechenden Behandlung ins Ausland gezogen sind, besteht für diese Behandlung kein Versicherungsschutz. Deswegen ist es auch wichtig, dass Sie uns die Namen Ihrer behandelnden Ärzte mitteilen, um gegebenenfalls von deren Seite Informationen einholen zu können. Bitte seien Sie mit der Beantwortung der Fragen sehr sorgfältig. Wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass Sie wichtige Informationen übersehen haben, kann dies auch rückwirkend zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Sofern Sie bei Versicherungsbeginn 60 Jahre oder darüber alt sind, müssen wir Sie leider zusätzlich um ein ärztliches Gesundheitszeugnis bitten, welches nicht älter als 3 Monate sein darf und dessen Erstellung zu Ihren Lasten geht.

UND WAS IST NICHT VERSICHERT?

Nicht versicherbar sind Kosten für Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch, die Behandlung geistiger und seelischer Störungen/Erkrankungen, Kuren, sowie die Behandlung wegen Alkoholismus oder Drogenkonsum. Gleiches gilt für nicht aufgeführte Hilfsmittel oder solche, deren Ausführung das medizinisch notwendige Maß übersteigt.

BLEIBT DER BEITRAG STABIL?

Es ist auch in unserem Interesse, hohe Beitragsstabilität zu halten, denn es fördert die Akzeptanz dieser Krankenversicherung und führt damit zu einer großen, versicherungsmathematisch stabilen Gruppe. Leider haben die Kosten für medizinische Behandlung die Tendenz, überproportional anzusteigen. Es ist daher wahrscheinlich, daß Anpassungen im Beitrag oder in der Leistung (zum Beispiel in Form eines höheren Eigenanteils) vorgenommen werden müssen. Die Versicherungsbedingungen lassen eine solche Anpassungen zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres, also jeweils zum 1. April, zu. Sollte dies erforderlich sein, werden Sie spätestens zwei Monate vor Ende des Versicherungsjahres informiert, so dass Sie in Ruhe entscheiden können, ob Sie die Versicherung fortführen möchten.

AB WANN BESTEHT VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Sobald die Versicherungsnehmerin Ihnen die Meldung in den Versicherungsvertrag bestätigt hat und der erste Beitrag vollständig bezahlt ist, sind Sie versichert. Bitte beachten Sie, dass etwaige Kosten für die Zahlung (Überweisungs- oder Scheckeinreichungsgebühren) zu Ihren Lasten gehen. Denken Sie bitte auch an die Folgezahlungen, für die Sie unaufgefordert Sorge tragen müssen, damit Ihr Versicherungsschutz nicht erlischt. Wenn möglich, nutzen Sie die Möglichkeit zum Lastschriftzugang.

REICHT DER EXPAT® RETIRED?

Der EXPAT® RETIRED bietet Ihnen einen hochwertigen Versicherungsschutz. Es gibt jedoch keine Übernahmegarantie in andere Krankenversicherungen und es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Vor allem für ältere Menschen könnte dies dazu führen, dass ein späterer Wechsel unmöglich wird oder nicht bezahlbar ist.

Besonders der eingeschränkte Schutz im Heimatland könnte zu Problemen führen. Mitunter kann eine Überschreitung der dreimonatigen Frist auch ungewollt, zum Beispiel durch Krankheit und damit verbundener Transportunfähigkeit stattfinden. Oder Ihre Lebensplanung ändert sich doch noch und Sie wollen Ihren Auslandsaufenthalt beenden.

Berücksichtigen Sie bitte auch, dass der Versicherer den gesamten Vertrag kündigen könnte, ohne eine Fortführung zu anderen Bedingungen anzubieten. Selbstverständlich würden wir uns in einem solchen Fall um einen anderen Versicherer bemühen. Aber wir können nicht für den Erfolg garantieren.

Mit anderen Worten: Es spricht Vieles dafür, dass Sie mit dem EXPAT® RETIRED einen lebenslangen Versicherungsschutz haben werden, wenn Sie es wollen. Aber Sie sollten sich nicht vollständig darauf verlassen.

Wir raten daher dringend, etwaige gesetzliche Krankenversicherungen nicht aufzugeben oder sich im Rahmen einer Anwartschaft (= ruhende, jederzeit aktivierbare Versicherung) für Ihr Heimatland abzusichern. Wir sind Ihnen dabei gerne behilflich.

ALLES KLAR, WAS IST ZU TUN?

Schön, dass wir Ihnen helfen dürfen! Füllen Sie bitte den Antrag vollständig aus. Nach Eingang bei der Versicherungsnehmerin wird diese Ihnen die Meldung in ihren Versicherungsvertrag schriftlich bestätigen und Ihnen gleichzeitig ein Formular für die Leistungserstattung zusenden.

UND SO WIRD GEZAHLT:

Die genannten monatlichen Beiträge sind - gemäß den Versicherungsbedingungen - bezogen auf eine Jahresprämie. In der Praxis erfolgt die Berechnung dieser Jahresprämie immer bis zum Ende des Versicherungsjahres, also bis zum 31. März.

Ein Beispiel:

Sie sind zum 1. Juli eines Jahres dem EXPAT®RETIRED erstmalig beigetreten. Die erste fällige Zahlung erfolgt bis zum 31. März des Folgejahres, umfasst demnach 9 Monatsbeiträge. Zum 1. April des Folgejahres wird dann die nächste Jahresprämie fällig, die dann ganz regulär 12 Monatsbeiträge umfasst und von Jahr zu Jahr erneut fällig wird.

Einige Versicherte können oder wollen nicht die vertragliche Jahresprämie in einer Summe zahlen. Wir haben deshalb die Möglichkeit geschaffen, die Prämie in mehreren Raten zu zahlen. Damit sind allerdings höhere Verwaltungskosten verbunden und daher entsprechende Ratenzahlungszuschläge fällig:

- Bei halbjähriger Zahlweise (Zahltermine für jeweils 6 Monatsbeiträge am 1. April und am 1. Oktober) wird ein Zuschlag von 2% erhoben.
- Bei vierteljährlicher Zahlweise (Zahltermine für jeweils 3 Monatsbeiträge am 1. April, am 1. Juli, am 1. Oktober und am 1. Januar) wird ein Zuschlag von 3% erhoben.
- Bei monatlicher Zahlweise wird ein Zuschlag von 5% erhoben.

Wenn Sie ein Konto in Deutschland haben, zieht die Versicherungsnehmerin den Beitrag per Lastschrift ein. Die Einzugs-ermächtigung füllen Sie mit dem Antrag aus. Sofern Ihre Bank diesen Lastschrifteinzug vornimmt und nicht widersprochen wird, ist die Sache für Sie erledigt. Ansonsten können Sie mit Kreditkarte gegen einen Verwaltungskostenaufschlag von 6% zahlen oder Sie überweisen den Betrag auf das Konto, welches Ihnen in der Meldebestätigung zum Gruppenvertrag genannt wird. Die Kosten für die Zahlung aus dem Ausland müssen leider Sie tragen.

SIE WOLLEN SICH TRENNEN?

Grundsätzlich können Sie mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Sollten Sie Ihren Wohnsitz im Ausland aufgeben und während des laufenden Versicherungsjahres endgültig in Ihr Heimatland zurückkehren, können Sie auch zum Ende des der Rückkehr folgenden Monats kündigen. Überzahlte Monatsbeiträge werden Ihnen dann rückerstattet.