

# VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

## für befristete Krankenversicherungen der Expat-Reihe für Langzeitreisen (VB Teil I – Allianz Partners AWP Health & Life)

### §1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

- Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Gruppenversicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsberechtigte gestellt werden. Versicherungsberechtigte sind juristische und natürliche Personen gemäß den jeweils zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.
- Versicherbar sind natürliche Personen.
- Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
  - dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für dierichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
  - 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.
- Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt nicht nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz in Deutschland.
- Für versicherte Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland sowie Personen, welche keinen Aufenthaltstitel benötigen, darf die Gesamtdauer bei der zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von fünf Jahren nicht überschreiten. Somit erstreckt sich die maximale Versicherungsdauer für Aufenthalte in Deutschland auf insgesamt fünf Jahre. Wird eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet. Dies gilt auch, wenn der Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

### §2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

- 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.
- 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.
- Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes, sofern dieser entsprechende Versicherungstarife anbietet.
- 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.
- 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, Versicherungsleistungen 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

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.

- Die Versicherungsnehmerin hat das Recht, einzelne versicherte Personen wegen Nichtzahlung des Beitrages aus dem Gruppenversicherungsvertrag abzumelden.
- 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.
- Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den VB Teil II für befristete Krankenversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen.
- 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 Rahmen eines befristeten Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

- Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag und mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
  - jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich;
  - nicht vor Eintritt der Versicherbarkeit der versicherten Person;
  - nicht vor Zahlung des Beitrages;
  - nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.
- 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 bei der Versicherungsnehmerin ein. Wird der Antrag auf Versicherung nach der zweimonatigen Frist gestellt, erfolgt die Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag frühestens ab dem Tag des Eingangs des Antrages bei der Versicherungsnehmerin.
- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
- Für Versicherungsfälle, die während der im jeweiligen Produkt vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird in den VB Teil II des jeweiligen Produktes festgelegt.
- Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
  - mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person, spätestens jedoch mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer des gewählten Produktes;
  - mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der im Produkt festgelegten Fristen und Voraussetzungen;
  - mit dem Tod der versicherten Person;
  - 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;
  - mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, §1;
  - sobald die im Produkt genannten Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
  - mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

## §5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

- Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, dem gewählten Produkt und den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- 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.
- Sofern das jeweilige Produkt entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:
  - ärztliche Behandlungen einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat, sowie Behandlungen wegen Fehlgeburts;
  - 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;
  - Entbindungen nach Ablauf der im jeweiligen Produkt vereinbarten Wartezeit;
  - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
  - Tod.
- Der Versicherer leistet je nach versichertem Produkt Entschädigung für akut und unerwartet während des Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich eintretende Versicherungsfälle.
- Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Bedingungen und dem jeweils gewählten Produkt.
- 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.
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in den Versicherungsbedingungen Teil I, § 5, Abs. 6 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
- 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.
- 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 produktspezifischen 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.
- 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.

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

## §6 Allgemeine Einschränkungen der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

- 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.
- Keine Leistungspflicht besteht für:
  - 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.
  - Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
  - 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 Aufenthaltswort 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.
  - eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
  - Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose, Psychoanalyse und Psychotherapie;
  - Immunisierungsmaßnahmen;
  - Hilfsmittel;
  - Behandlungen wegen Sterilität einschließlich künstlicher Befruchtungen sowie dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen;
  - Vorsorgeuntersuchungen;
  - 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;
  - 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;
  - Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung durch die Weltgesundheitsorganisation WHO empfohlene oder gesetzlich vorgeschriebene 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.
  - Behandlungen eines Abhängigkeitssyndroms und deren Folgen;
  - Selbstmordversuche und deren Folgen;
  - Organspenden und deren Folgen;
  - Zahnersatz (wie z. B. Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen.

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 Kostenerhöhung führen könnte;
  - b) alle Schäden, die voraussichtlich eine Summe von 1.000 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, innerhalb von vier Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer 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. Urlaubs- und berufsbedingte Aufenthalte in den USA/Kanada/Schweiz sowie in Deutschland sind vor Reiseantritt dem Versicherer oder dessen Beauftragten anzuzeigen.
10. Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.
11. 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. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigter oder die versicherte Person.

### §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 Original-Belege, die den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Namen und Anschrift des Behandlers, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungs-Zweitschriften. Werden fremdsprachige Belege eingereicht, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, sind auf Verlangen des Versicherers deutsch- oder englischsprachige Übersetzungen beizubringen.
  - b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
  - c) Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen.
  - d) zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen vereinbart werden.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der 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 Anspruches durch den Versicherer infolge eines Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gehindert sind.
7. Ansprüche aus diesem Gruppenversicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

### §9 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

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

- Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
- 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 überschussberechtiget.

### §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 Prudenciel 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.

# ERLÄUTERUNGEN

## über die rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung und zu den Pflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### Die Besonderheiten eines Gruppenversicherungsvertrages

Der Versicherungsschutz wird im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages (GV) 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 VVG gilt damit nicht direkt und unmittelbar für das Verhältnis zwischen der Versicherungsnehmerin und der versicherten Person.

Allerdings werden die im Folgenden näher beschriebenen Regeln aus dem VVG, insbesondere die §§ 19 bis 22, im Rechtsverhältnis zwischen der versicherten Person und der Versicherungsnehmerin (BDAE) angewandt, was Sie durch Ihre Unterschrift bestätigen.

Der GV 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 die Möglichkeit, Ansprüche direkt beim Versicherer des GV 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 WG-Info-VO üblichen Informationen übermittelt.
- Die versicherte Person wird bei einer Änderung, auch Kündigung, des GV rechtzeitig unterrichtet.
- Die versicherte Person hat ein dem VVG ähnliches Widerrufsrecht.
- Für die versicherten Personen gilt der Gleichbehandlungsgrundsatz des § 138, Abs. 2 VAG.

Nach den gleichen Vorgaben der Aufsichtsbehörde gelten bestimmte Obliegenheiten auch für die versicherten Personen, insbesondere ist die Kenntnis der versicherten Person und ihr Verhalten für die die Leistungsverpflichtung zu berücksichtigen:

### § 19 Abs. 5 VVG - Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

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

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie und/oder die zu versichernde Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann BDAE vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen nach,

dass Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht kann BDAE dann nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn der Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen worden wäre. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt BDAE den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt BDAE dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt vollständig, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. BDAE steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

#### 2. Kündigung

Kann BDAE nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag (dennoch) unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, zustande gekommen wäre.

#### 3. Vertragsänderung

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

#### 4. Ausübung der Rechte der BDAE-Gruppe (§ 21 VVG)

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

#### 5. Arglistige Täuschung (§ 22 VVG)

Das Recht von BDAE, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

#### 6. Stellvertretung durch eine andere Person (§ 20 VVG)

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

Ich habe die Erläuterungen zur Kenntnis genommen und stimme der Anwendbarkeit der aufgeführten Bestimmungen des VVG auf das Gruppenverhältnis zu.

Ort, Datum

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



## WICHTIGE HINWEISE ZUR ANTRAGSTELLUNG

Damit wir Ihren Antrag zügig bearbeiten können, bitten wir Sie folgende Punkte bei der Antragstellung zu beachten:

### Ausfüllen der Antragsunterlagen

- Sie haben alle **Angaben im Antrag** vollständig und in **Druckbuchstaben** ausgefüllt und es liegen die **Unterschriften des Antragstellers** sowie aller **volljährigen zu versichernden Personen** vor.
- Sie - und ggf. alle volljährig zu versichernden Personen - haben den **Antrag** unterschrieben und damit die **Versicherungsbedingungen** sowie die **Erläuterungen zu den rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung** zur Kenntnis genommen und akzeptiert.
- Sie - und ggf. alle zu versichernden Personen ab 16 Jahre - haben die **Einwilligungserklärung gemäß DSGVO** und die **Schweigepflichtentbindung** unterschrieben.
- Sie - und ggf. alle volljährig zu versichernden Personen - haben die **Angaben zum Gesundheitszustand** gewissenhaft ausgefüllt und unterschrieben. Sie haben auch den Hinweis auf die Folgen unrichtiger Angaben gelesen und akzeptiert.
- Sie haben sich für eine **Zahlungsart** entschieden und **alle notwendigen Angaben** gemacht. Alle erforderlichen Unterschriften liegen vor, insbesondere bei einem abweichenden Kontoinhaber.



Für die Versicherungsprodukte **EXPAT GERMANY**, **EXPAT PRIVATE Premium**, und **EXPAT INFINITY** beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- ✓ **EXPAT GERMANY:** Sofern sich die zu versichernde Person bei Versicherungsbeginn bereits länger als **31 Tage in Deutschland** aufgehalten hat, ist ein **Ärztliches Zeugnis** oder ein Nachweis über eine deutsche **Vorversicherung** erforderlich. Das Ärztliche Zeugnis darf zum Zeitpunkt der Antragstellung **nicht älter als 14 Tage** sein.
- ✓ **EXPAT FLEXIBLE:** Ab einem Alter von 50 Jahren müssen mit dem Antrag auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden.
- ✓ **EXPAT PRIVATE Premium:** Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden. Ab einem Alter von **50 Jahren** ist außerdem ein Ärztliches Zeugnis erforderlich, das zum Zeitpunkt der Antragstellung **nicht älter als drei Monate** ist.
- ✓ **EXPAT INFINITY:** Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden. Ab einem Alter von **60 Jahren** ist außerdem ein Ärztliches Zeugnis erforderlich, das zum Zeitpunkt der Antragstellung **nicht älter als drei Monate** ist.

### Ausfüllen des Ärztliches Zeugnisses

- Das Ärztliche Zeugnis ist gut lesbar in deutscher oder englischer Sprache erstellt worden und es liegen alle erforderlichen Unterschriften der untersuchenden Ärzte vor.
- Jede einzelne Frage ist beantwortet.
- Fragen, die mit „ja“ beantwortet wurden, bzw. Fragen, die auf einen krankhaften Befund hinweisen, sind erläutert worden.
- Für die Zusatzmodule **EXPAT GERMANY PLUS** sowie für die Produktvarianten **EXPAT INFINITY CLASSIC** UND **EXPAT INFINITY PREMIUM** ist ein Zahnstatus erstellt worden.
- Der Name und die vollständige Adresse des behandelnden Hausarztes liegen vor.
- Für den Fall, dass stationäre Behandlungen (Krankenhausaufenthalte) stattgefunden haben, liegen dem Antrag **Befund- und Entlassungsberichte** vor.

Noch ein abschließender Hinweis: Sollten wir zu Ihren Angaben weitere Fragen haben, bitten wir Sie darum, diese im Rahmen der von uns gesetzten Fristen zu beantworten, damit wir Sie zum Wunschtermin versichern können.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

# ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG

## Krankenversicherung für Personen mit Wohnsitz im Ausland

Vermittler-ID **M116577.27732**

nur auszufüllen, falls vorhanden

### Antragsteller(in)/Versicherungsberechtigte(r)

Nachname				Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Vorname(n)						
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität				
Vollständige Anschrift		Tel.				
		Fax				
		E-Mail				
Derzeitiger Beruf						

### Versicherte Person

Wenn Sie als Antragsteller auch versicherte Person sind, dann machen Sie bitte zusätzlich folgende Angaben:

Geplantes Aufenthaltsland		Einreisedatum nach Deutschland (TT.MM.JJJJ)*	
Geltungsbereich	<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Kanada, Schweiz)	<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Schweiz und für bis zu 365 Tage bei Aufenthalten in Kanada)	
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

\*Angabe nur bei Aufenthalten in Deutschland notwendig

Besteht aktuell eine weitere Krankenver- sicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
	<input type="checkbox"/> nein		Versicherungsnummer	
	Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)			



#### Angaben zu den versicherten Personen:

Bitte achten Sie darauf, dass die persönlichen Angaben wie Name, Vorname und Geburtsdatum mit den Angaben aus dem Personalausweis oder Reisepass übereinstimmen.

Ort, Datum

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

## Mitzuversichernde Angehörige

### Angehörige/r 1

Vermittler-Nr.: M116577.27732

Nachname			Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Vorname(n)				
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität		
Geplantes Aufenthaltsland		Einreisedatum nach Deutschland (TT.MM.JJJJ)*		
Geltungsbereich	<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Kanada, Schweiz)		<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Schweiz und für bis zu 365 Tage bei Aufenthalten in Kanada)	
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)		

\*Angabe nur bei Aufenthalten in Deutschland notwendig

Besteht aktuell eine weitere Krankenver- sicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
	<input type="checkbox"/> nein		Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

### Angehörige/r 2

Nachname			Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Vorname(n)				
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität		
Geplantes Aufenthaltsland		Einreisedatum nach Deutschland (TT.MM.JJJJ)*		
Geltungsbereich	<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Kanada, Schweiz)		<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Schweiz und für bis zu 365 Tage bei Aufenthalten in Kanada)	
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)		

\*Angabe nur bei Aufenthalten in Deutschland notwendig

Besteht aktuell eine weitere Krankenver- sicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
	<input type="checkbox"/> nein		Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

Ort, Datum

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



## Angaben zum Zahlungsverkehr

Lastschriftinzug

Bitte füllen Sie das beigegefügte SEPA-Lastschriftmandat aus und senden Sie dieses gemeinsam mit dem Antrag an uns zurück.

Überweisung (im Voraus)

Zahlweise

jährlich

halbjährlich (+ 2 %)

Kreditkarte (+ 6 %)

Nachname,  
Vorname(n)  
Kreditkarteninhaber

Kreditkarte

Master-/Eurocard

Visa

Diners

gültig bis

Kartenummer

Zahlweise

jährlich

halbjährlich (+ 2 %)

Aus Sicherheitsgründen benötigen wir noch Ihre Kreditkartenprüfnummer. Bitte übermitteln Sie diese telefonisch unter +49-40-30 68 74-0 oder schicken Sie uns diese in einer separaten E-Mail an [info@bdae.com](mailto:info@bdae.com) (Die Kreditkartennummer sollte dabei nicht mit aufgeführt werden!). Aus datenschutzrechtlichen Gründen machen wir Sie darauf aufmerksam, dass die Versendung per E-Mail unverschlüsselt erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift des Kreditkarteninhabers

Aufenthaltsland bei Vertragsschluss dieser Versicherung

**(Bitte unbedingt angeben)**

Ort, Datum

Unterschriften

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



# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich die BDAE Holding GmbH, welche von der BDAE Expat GmbH zur Vertragsverwaltung sowie zum Inkasso bevollmächtigt ist, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BDAE Holding GmbH für den Versicherer gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug ist erkennbar an der Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000131378 sowie an der persönlichen Mandatsreferenznummer, welche auf der Versicherungsbestätigung mitgeteilt wird. Der Einzug erfolgt, je nach gewählter Zahlweise, zum 1. eines Monats.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht angenommen.

### Zudem gelten folgende Regelungen:

- Der Gesamtbeitrag ist entsprechend der unten gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Beitrags-

schuldner ist der Versicherungsbeneficiäre gegenüber der Versicherungsnehmerin und die Versicherungsnehmerin gegenüber dem Versicherer.

- Der Beitrag ist nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn, fällig. Mir ist bekannt, dass die Versicherungsnehmerin im Falle einer vom Versicherungsbeneficiären zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung des jeweils fälligen Beitrages und Nebenkosten die oben aufgeführten Personen nicht beim Versicherer als versicherte Person anmeldet, bzw. wieder abmeldet. Mir ist bekannt, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.
- In dem Falle, dass der Beitragszahler nicht identisch mit dem Versicherungsbeneficiären / der versicherten Person ist, obliegt es dem Versicherungsbeneficiären / der versicherten Person, den Beitragszahler über die mitgeteilten Informationen in Kenntnis zu setzen.
- Die Vorabinformation über den Einzug der fälligen Beiträge erfolgt durch die an den Versicherungsbeneficiären gerichtete Versicherungsbestätigung. Hierbei werden die Beiträge, Zeitpunkt der Fälligkeit, Gläubiger-Identifikationsnummer und Mandatsreferenznummer mitgeteilt.

Gültig für Beiträge ab (TT.MM.JJJJ)				
Angaben zum Beitragszahler	Nachname			Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Vorname(n)			
	Vollständige Anschrift			
	Tel.			
	IBAN			
	BIC/SWIFT	Bank		
	Zahlweise	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich (+ 2 %)	<input type="checkbox"/> vierteljährlich (+ 3 %)

Angaben zur versicherten Person	Nachname (falls abweichend vom Beitragszahler)			Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Vorname(n) (falls abweichend vom Beitragszahler)			
	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsnummer(n) (sofern vorhanden)		

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers



# WIDERRUFSRECHT

## 1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Versicherungsbestätigung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

BDAE Expat GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Fax: +49-40-30 68 74-90, E-Mail: info@bdae.com.

## 2. Widerrufsfolgen

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

## 3. Besondere Hinweise

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

### Ende der Widerrufsbelehrung

# DATENSCHUTZINFORMATION

## über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte

### Verantwortlicher der Datenverarbeitung

BDAE Expat GmbH  
Kühnehöfe 3  
22761 Hamburg  
E-Mail: info@bdae.com  
Tel.: +49-40-30 68 74-0

### Datenschutzbeauftragter

Datenschutzbeauftragter der BDAE Gruppe  
Kühnehöfe 3  
22761 Hamburg  
E-Mail: datenschutz@bdae.com  
Tel.: +49-40-30 68 74-18

### Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag zum Abschluss einer Auslandskrankenversicherung im Rahmen unseres EXPAT PRIVATE PREMIUM Produktes entweder per Online-Antrag, per E-Mail, über das BDAE-Webupload-Portal oder postalisch an uns, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Versicherungsvertrages. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur allgemeinen Kunden- und Vertragsverwaltung, um mit Ihnen in Kontakt zu treten oder zur Rechnungsstellung. Im Leistungsfall benötigen wir die Daten zur Beurteilung und Abwicklung.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Sofern für die Verarbeitung zu dem Versicherungsprodukt medizinische Daten von Ihnen abgefragt werden, gilt Ihre hierfür im Rahmen des Antrags eingeholte Einwilligungserklärung gem. Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 7 DSGVO als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser medizinischen Daten.

### Empfänger und Empfängerkategorien personenbezogener Daten

Ihre Daten werden grundsätzlich nur an Dritte gegeben, soweit dies im Zusammenhang mit der Vertragsabwicklung bzw. Leistungserbringung Ihres EXPAT PRIVATE PREMIUM Produktes erforderlich ist oder Ihre Einwilligung hierzu vorliegt. Darüber hinaus können Ihre Daten an Dritte übermittelt werden, soweit wir aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vollstreckbarer behördlicher oder gerichtlicher Anordnungen hierzu verpflichtet sind. Im Rahmen der Antrags- und Vertragsbearbeitung werden Ihre personenbezogenen Daten an die BDAE Holding GmbH, unsere Schwestergesellschaft, die BDAE Consult GmbH sowie unsere Muttergesellschaft, die MSH INTERNATIONAL im Rahmen der Bedienung des Service-Portals weitergeleitet bzw. durch die beiden BDAE Gesellschaften erhoben, die in unserem Auftrag die Bearbeitung Ihrer Anträge und die Abwicklung Ihrer Vertragsleistungen übernehmen. Mit allen vorgenannten Unternehmen besteht zur Sicherstellung Ihrer Rechte ein Auftragsverarbeitungsvertrag.

Darüber hinaus werden im Rahmen der Vertrags- bzw. Leistungsfallbearbeitung personenbezogene Daten zum Teil pseudonymisiert an die folgenden Empfänger weitergegeben:

- Allianz Partners AWP Health & Life als Auslandskrankenversicherer
- ARAG SE als Ihr Patienten-Rechtsschutzversicherer
- Allianz Partners Deutschland GmbH im Falle von medizinischen Assistance-Leistungen
- BDJ Versicherungsmakler GmbH & Co. KG im Falle der Inanspruchnahme der Flugrückholkostenversicherung

Die Weitergabe Ihrer Daten an die oben genannten Empfänger ist für die Vertragsdurchführung zwingend erforderlich.

Die Daten werden über Server der BDAE Holding GmbH verarbeitet, die bei einem in Deutschland ansässigen Internetdiensteanbieter angemietet sind. Mit diesem besteht zur Sicherstellung Ihrer Rechte ebenfalls ein Auftragsverarbeitungsvertrag.

tungsvertrag.

### Datenübermittlung in ein Drittland

Eine Übermittlung Ihrer Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation außerhalb der EU/EWR findet grundsätzlich nicht statt.

### Speicherdauer

Wir speichern Ihre Daten solange sie für die vorgenannten Zwecke erforderlich sind. Anschließend werden die Daten unter Einhaltung der jeweiligen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern keine berechtigten Interessen, wie z. B. zur Geltendmachung von Ansprüchen, dem entgegenstehen.

### Ihre Rechte als betroffene Person

In Bezug auf die Sie betreffenden personenbezogenen Daten können Sie dem oben benannten Verantwortlichen gegenüber die folgenden Rechte geltend machen:

- das Recht auf Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO
- das Recht auf Berichtigung und/oder Vervollständigung der Daten gemäß Art. 16 DSGVO
- das Recht auf Löschung der personenbezogenen Daten gemäß Art. 17 DSGVO
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO
- das Recht auf Datenübertragbarkeit gemäß Art. 20 DSGVO

Des Weiteren haben Sie ein Beschwerderecht gegenüber einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Wenn Sie eine Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten erteilt haben, haben Sie das jederzeitige Recht die Einwilligung zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Zur Geltendmachung Ihrer Rechte wenden Sie sich an unseren oben benannten Datenschutzbeauftragten.

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

## gemäß Artikel 7 und 9 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Ich/wir willige(n) ein, dass BDAE Expat GmbH sowie die von der BDAE Expat GmbH beauftragten Konzernunternehmen der BDAE Gruppe (BDAE) meine/unsere Gesundheitsdaten aufnehmen, nutzen, speichern und verarbeiten. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus meinem/ unserem Wunsch nach Abschluss einer Auslandsrankenversicherung EXPAT PRIVATE PREMIUM für meinen/ unseren Auslandsaufenthalt, den ich/wir am heutigen Tag gestellt habe(n).

BDAE ist Versicherungsnehmerin einer Gruppenversicherung, der ich/wir gerne beitreten möchte(n). BDAE muss daher meine/unsere Gesundheitsdaten kennen, um meinen/ unseren Antrag auf Aufnahme in die Gruppe beurteilen und über ihn entscheiden zu können. Ggf. werden aufgrund meiner/ unserer Gesundheitsdaten Risikozuschläge oder Ausschlüsse festgesetzt.

Im Leistungsfall kann es notwendig werden, dass BDAE zusätzliche Gesundheitsdaten aufnimmt, nutzt, speichert und verarbeitet. Auch hierzu erteile(n) ich/wir meine/ unsere Einwilligung.

Die Datenschutzinformation sowie die Datenschutzerklärung der BDAE habe ich zur Kenntnis genommen.

Falls ich/wir Dritte (z. B. Steuerberater, Versicherungsvermittler, Personalabteilungen) in die Kommunikation mit BDAE einbeziehe(n) wollen werde(n) ich/wir diesen Personen entsprechende Freigaben nach Artikel 7 & 9 DSGVO erteilen und ggf. notwendige Schweigepflichtentbindungen vornehmen (lassen).

---

Ort, Datum

---

Unterschriften (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und gem. Art. 8 DSGVO alle zu versichernden Personen ab 16 Jahre)

## SCHWEIGEPLICHTENTBINDUNG

Neben der Einwilligung zur Erhebung, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung meiner/unsere Gesundheitsdaten ist meine/unsere Schweigepflichtentbindung nötig, damit diejenigen Stellen, die zu Gesundheitsdaten befragt werden, diese Fragen beantworten dürfen. Das gilt sowohl im Antragsverfahren als auch im Falle der Beantragung einer Leistung und der Prüfung eines Versicherungsfalles. Die Vertraulichkeit dieser Daten ist über die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO – Artikel 7 & 9) und das Strafrecht (§ 203 StGB) geschützt.

Die Überprüfung der Daten erfolgt nur, soweit dies nötig ist, um den Antrag bzw. den Versicherungsfall zu bearbeiten.

Ich/wir habe(n) bereits eingewilligt, dass BDAE Expat GmbH sowie die von der BDAE Expat GmbH beauftragten Konzernunternehmen der BDAE Gruppe (BDAE) meine/unsere Gesundheitsdaten aufnehmen, nutzen, speichern und verarbeiten. Ich/wir willige(n) nunmehr ein, dass BDAE zu Zwecken der Prüfung der Aufnahme in den Versicherungsvertrag, der Risikobeurteilung und/oder der Leistungsfallprüfung bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden Nachfragen stellen darf.

Ich/wir befreie(n) die genannten Personen und Mitarbeiter der oben genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf meine/unsere zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bei BDAE.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für BDAE konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten diese Entbindungen von der Schweigepflicht bis zu zehn Jahren nach Vertragsschluss.

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter bzw. sonstige Dritte einzuschalten. Ich/wir willigen ein, dass BDAE meine/unsere Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter bzw. sonstige Dritte übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an BDAE zurück übermittelt werden. Ich/wir entbinde(n) die für BDAE tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Im Ausnahmefall kann es nötig sein, dass BDAE den Versicherer, die Allianz Partners AWP Health & Life, informiert. Für einen solchen Fall gelten alle hier gemachten Schweigepflichtentbindungen auch für Aussagen und Informationen der Allianz Partners AWP Health & Life gegenüber.

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach meinem/ unserem Tod für BDAE erforderlich sein, meine/unsere gesundheitlichen Angaben zu prüfen. Auch für einen solchen Fall befreie(n) ich/wir die oben genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von deren Schweigepflicht.

Die Datenschutzinformation sowie die Datenschutzerklärung des BDAE habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum

---

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

# ÄRZTLICHES ZEUGNIS



Bitte beachten Sie, dass das Zeugnis nur ab dem Eintrittsalter 50 Jahre benötigt wird. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. dem Versicherungsberechtigten zu tragen.

## Zu versichernde Person/Versicherungsberechtigte(r):

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

### 1. Erklärung vor dem Arzt

	Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Arzt), Befunde	Wann?
1.a Bestehen zur Zeit Beschwerden, Erkrankungen oder Unfallfolgen? (Bitte geben Sie auch Erkrankungen wie z. B. Schnupfen, Blasenentzündungen etc. an.)	<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 etc.) untersucht, beraten oder behandelt worden oder waren Sie – auch zeitweise – arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.d Sind in den letzten drei Jahren Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.e Sind Operationen und Behandlungen durchgeführt, vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.f Fand in den letzten 5 Jahren eine stationäre Behandlung (auch Kurklinik, Sanatorium o. ä.) statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.g Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte Laborwerte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.h Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z. B. im Rahmen eines Aids-Tests?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

**Zu versichernde Person/Versicherungsberechtigte(r):**

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

		Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Arzt), Befunde	Wann?
1.i	Fand oder findet eine Zytostatikabehandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.j	Werden oder wurden regelmäßig Medikamente, Alkohol oder Drogen genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.k	Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen)? Wenn ja: bitte pos./neg. Dioptrienwert angeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.l	Welchen Arzt nehmen Sie üblicherweise in Anspruch? (Z. B. Hausarzt. Wenn Sie keinen Hausarzt haben, dann geben Sie bitte den Arzt an, bei dem Sie zuletzt in Behandlung waren.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.m	Wieviele nicht endgültig ersetzte Naturzähne (ohne Weisheitszähne) fehlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.n	Ist eine zahnärztliche Behandlung, insbesondere wegen Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Parodontose notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.o	Besteht eine 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 (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)



**Untersuchungsbefund für:**

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

**2. Allgemein:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
2.a	Haben Sie die Person bereits vor dem heutigen Tag untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.b	Größe:	cm	
	Gewicht:	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	
2.j	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**3. Herz, Kreislauf:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
3.a	Puls in Ruhe		
	Puls nach 10 Kniebeugen		
	Rückkehr zur Norm in	Minuten	
3.b	Blutdruck in Ruhe	/ mmHg	
	Blutdruck nach 10 Kniebeugen	/ mmHg	
3.c	Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

**Untersuchungsbefund für:**

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
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:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
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:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
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	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

**Untersuchungsbefund für:**

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

**6. Verdauungs-/Bauchorgane:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
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	

**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	Sediment:
		Zucker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		Ubg. vermehrt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Äußere Beschaffenheit: Pathologische Bestandteile:		
7.c	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	im _____ Monat

**8. Sonstiges:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
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	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes



**Untersuchungsbefund für:**

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

**1. Zähne:**

**Befund des gesamten Gebisses**

1.a	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																

**Befundangaben/Legende**

- |                                 |                                    |                                     |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>f</b> fehlende Zähne         | <b>K</b> vorhandene Kronen         | <b>s</b> sanierungsbedürftige Zähne |
| <b>e</b> bereits ersetzte Zähne | <b>b</b> vorhandene Brückenglieder | <b>()</b> Lückenschluss             |

	Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Zahnarzt), Befunde	Wann? (TT.MM.JJJJ)
1.b	Bestehen Zahnfleischerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes



# ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND



Bei den nachstehenden Fragen handelt es sich um eine Selbstauskunft, die Sie bitte - **unabhängig von Ihrem Alter** - vollständig und wahrheitsgemäß beantworten müssen. Bitte geben Sie auch an, was als unwesentlich bzw. nicht als Krankheit von Ihnen empfunden wurde, also beispielsweise vorübergehende Beschwerden, für die keine Behandlung stattgefunden hat oder weswegen keine Arbeitsunfähigkeit bestand. Auch wenn Tests durchgeführt oder Arzneimittel eingenommen worden sind, geben Sie dies bitte an. Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben ist Ihr Versicherungsschutz gefährdet.

Die nachstehenden Fragen sind **für jede einzelne im Antrag aufgeführte zu versichernde Personen** nach deren eigenen Angaben schriftlich zu beantworten. Bei minderjährigen zu versichernden Person sind die Fragen vom Erziehungsberechtigten schriftlich zu beantworten. Bitte verwenden Sie für jede Person einen eigenen Fragebogen.

## Zu versichernde Person/Versicherungsberechtigte(r):

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)		Größe	cm
		Gewicht	kg

1	Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen? (Einschließlich Zähne)	<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
3	Ist eine Untersuchung, Kontrolle, Behandlung oder Operation notwendig, vorgesehen, angeraten, aber noch nicht durchgeführt? Bitte berücksichtigen Sie auch zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, kieferorthopädische oder Paradontosebehandlungen.	<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, Masseur oder in Krankenhäusern statt? (Bitte geben Sie auch Aufenthalte in Kurkliniken/Sanatorien an.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5	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

Erläuterungen zu mit „Ja“ beantworteten Fragen (Angabe der Ziffer(n) der Fragen/ggf. Beiblatt verwenden):

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 den obigen Fragen Auskunft geben? Sofern alle Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, nennen Sie bitte den behandelnden Arzt/Hausarzt der am besten Auskunft geben kann. (Bitte ggf. Beiblatt verwenden):

Name des Arztes	Fachrichtung	Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

# ANLAGE ZU DEN ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Sollte der Platz im Formular nicht ausreichen, nutzen Sie bitte zusätzlich diese Anlage.

**Untersuchungsbefund für:**

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)